Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

ONTARIO HEALTH INSURANCE PLAN

(Section 3.08, 2006 Annual Report of the Auditor General of Ontario)

2nd Session, 38th Parliament
56 Elizabeth II

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts
Ontario Health Insurance Plan (Section 3.08, 2006 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Text in English and French on inverted pages.
Title on added t.p.: Régime d'assurance-santé de l'Ontario (Rapport annuel 2006 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.08)
Also available on the Internet.
ISBN 978-1-4249-4511-5

1. Ontario Health Insurance Plan—Auditing. 2. Insurance, Health—Ontario—Evaluation.
I. Title. II. Title: Régime d'assurance-santé de l'Ontario (Rapport annuel 2006 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.08)

KEO679.A23.P83.2007 353.6'909713 C2007-964005-2E

2007-03990/

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

The Honourable Michael A. Brown, MPP
Speaker of the Legislative Assembly

Sir,

Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and commends it to the House.

Norman Sterling, MPP
Chair

Queen's Park
May 2007

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

MEMBERSHIP LIST

2nd Session, 38th Parliament

NORMAN STERLING
Chair

ERNIE HARDEMAN
Vice-Chair

JEAN-MARC LALONDE

LISA MACLEOD

SHELLEY MARTEL

JOHN MILLOY

RICHARD PATTEN

LIZ SANDALS

MONIQUE M. SMITH

Katch Koch
Clerk of the Committee

Elaine Campbell
Research Officer

CONTENTS

PREAMBLE 1
Acknowledgements 1

1. AUDIT OBJECTIVE AND MAIN FINDINGS 1

2. COMMITTEE REQUEST FOR MINISTRY RESPONSE 2
2.1 Committee Recommendations 2

3. OVERVIEW 3

4. HEALTH CARDS 3
4.1 Conversion of Red and White Cards to Photo Health Cards 3
4.2 Number of Health Cards in Circulation 4
4.3 Health-Card Monitoring 7
4.4 Authentication of Citizenship Documents 13
4.5 Application Processing 14
4.6 Special Registration 15
4.7 Protection of Personal Health Records 16

5. HEALTH-CARE PROVIDERS 17
5.1 Provider Monitoring and Control 17
5.2 Provider Registration 19
5.3 Provider Information Updates 19
5.4 Protection of Provider Records 20

6. MEDICAL CLAIMS PROCESSING 20
6.1 Medical Rule Updates 21
6.2 Rejected Medical Claims 21
6.3 Paper Claims Processing 22

NOTES 23

PREAMBLE

The Standing Committee on Public Accounts held hearings on the Auditor General's 2006 audit of the Ministry of Health and Long-Term Care's Ontario Health Insurance Plan (OHIP), section 3.08 of his *2006 Annual Report*, on February 12, 2007. The Committee has endorsed the Auditor's findings and recommendations.

This report constitutes the Committee's findings and recommendations. Background information on sections of the original audit report is followed by an overview of the hearings' main findings and, as appropriate, new recommendations. *Hansard*, the verbatim record of the hearings, should be consulted for the complete proceedings.

Acknowledgements

The Committee extends its appreciation to officials from the Ministry of Health and Long-Term Care for their attendance at the hearings. The Committee also acknowledges the assistance provided during the hearings and report writing deliberations by the Office of the Auditor General, the Clerk of the Committee, and staff of the Legislative Library's Research and Information Services.

1. AUDIT OBJECTIVE AND MAIN FINDINGS

The audit's objective was to assess whether the Ministry had adequate systems and procedures in place to ensure that OHIP fee-for-service claims and payments to health-care providers were legitimate and accurate. Audit activities included examining documentation, analyzing information, interviewing Ministry staff, and visiting six OHIP district offices. The audit fieldwork was substantially completed by May 2006.[1]

The Auditor concluded that while claims were being accurately processed, the Ministry should strengthen its systems and procedures in a number of areas to help ensure that all OHIP fee-for-service claims and payments to health-care providers were legitimate. Among his findings were the observations that

- photo health cards with more security features have been issued to replace older red and white cards since 1995. The conversion was originally planned to be completed in 2000 but has been delayed. The current conversion rate would see the process take at least another 14 years;
- there were approximately 300,000 more health cards in circulation than population in the province, the majority of which were held by individuals with addresses in Toronto or in regions close to the American border;
- limited resources were devoted to monitoring health-card usage even though audit staff's computer data-extraction analysis of medical claims records indicated areas where expenditure patterns warranted review or investigation;

- the Fraud Programs Branch did not have a mandate to conduct fraud audits and did not have access to records that would allow it to conduct fraud monitoring activities;
- the authenticity of citizenship documents for about 70% of existing card holders had yet to be verified;
- data files received from the College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO) used to update physician-licensing information were not complete; and
- the activities of the Medical Review Committee, which was mandated to review cases in which physicians may have filed inappropriate claims, had been suspended since September 2004. Based on past recovery rates, it was estimated that as much as $17 million in potential recoveries may have been lost during this period.[2]

2. Committee Request for Ministry Response

The Committee requests that the Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee Clerk with a written response within 120 calendar days of the tabling of this report with the Speaker of the Legislative Assembly.

2.1 Committee Recommendations

1. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on options to reduce the time needed for the conversion, including related time-frames by which red and white health cards can be converted to photo health cards.

   One option that the Committee would like to have considered is an extension of the renewal time-frame for photo health cards. Any savings from this extension should be allocated to expediting the replacement of red and white health cards.

2. The Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee with an update on the activities of the Fraud Programs Branch since the expansion of its mandate.

3. The Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee with the current number of backlogged eligibility assessment cases and a reassessment of its ability to achieve, by the end of 2007, a sizeable reduction in that number.

4. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on the status of its negotiations with Citizenship and Immigration Canada and the Canadian passport office.

5. The Ministry of Health and Long-Term Care report on the number of cases reported as unmatched with Citizenship and Immigration Canada and Ontario Registrar General records.

6. The Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee with an update on the recommendations regarding the health card application and registration process put forward by the contracted security expert and Ministry staff.

7. The Ministry of Health and Long-Term Care report on the number of cases and related total dollar amounts under review at the time the Medical Review Committee was suspended and confirm that these cases will not be reopened with the new review process.

8. The Ministry of Health and Long-Term Care report on actions planned to enhance the process for reviewing rejected claims based on the recommendations of the Access Control Review Project.

3. Overview

The Ontario Health Insurance Plan (OHIP) is a significant vehicle for the delivery of health services. It allows the Ministry of Health and Long-Term Care to determine eligibility for coverage, and remunerate physicians and other health-care professionals for services rendered. Insured services include diagnostic, preventive and rehabilitation services provided by generalists and specialists, and services provided by community laboratories. OHIP rates are also paid for emergency treatment provided to Ontario residents in other provinces or countries. Over $7.4 billion was paid in 2004/05 for approximately 180 million claims. Ontario fee-for-service providers received $5.5 billion (74%), while the remaining $1.9 billion covered a variety of non-fee-for-service payments such as those to community laboratories.

In order to access services, Ontarians require a valid health card. To be eligible for a card, an applicant must be a Canadian citizen or landed immigrant, have a home in Ontario and reside here for at least 153 days in any 12-month period. Cards are either red and white or a photo card. Approximately 12.9 million valid cards were in circulation as of January 2006, 7.2 million of them photo cards.[3]

AUDIT OBSERVATIONS AND RECOMMENDATIONS

4. Health Cards

4.1 Conversion of Red and White Cards to Photo Health Cards

The Ministry moved from a family-based to an individual-based registration system in 1990 by issuing approximately 10 million red and white health cards.[4] Cards were given to those who provided a health number and matching surname.

Photo cards were introduced in 1995. The Ministry planned to re-register all residents and authenticate eligibility over five years. However, the conversion had yet to be completed at the time of the audit. As of January 2006, there were over 5.7 million red and white cards in circulation. A conversion rate of approximately 400,000 cards per year had been achieved over the past few years. (The conversion rate at the time of the audit was about half of what it had been in 1998.) The Auditor estimated it would take at least 14 years to complete eligibility verification and phase out the old cards.

The Ministry of Transportation (MTO) began a similar conversion to replace the two-part driver's licence with a photo card in 1995. That project was completed in 2000, after issuing over seven million new licences. The Auditor recognized that this process was facilitated by licences having expiry dates but felt it demonstrated that province-wide conversions were possible.

The accuracy of records underlying the red and white cards is questionable. The lack of an expiration date means address information is often out of date. Ministry statistics indicated that about 25% of mailings to red and white card holders were returned as undeliverable. Assuming this rate was applicable for all red and white card holders, the address information was out of date for an estimated 1,425,000 individuals.[5]

4.2 Number of Health Cards in Circulation

Statistics Canada reported that Ontario's population was 12.59 million as of December 2005. Audit staff's data analysis found that at the time of the audit there were approximately 12.895 million cards in circulation, a difference of over 300,000. The Auditor realized that many of the cards could belong to former residents or the deceased but expressed concern that some could be in the hands of ineligible individuals. A review of address data found that 263,000 (86%) of the extra cards were in circulation in the Toronto area. There also appeared to be over 10,000 extra cards in certain regions that border the United States.[6]

The Auditor recommended that the Ministry expedite the conversion of the red and white OHIP cards to photo cards in order to properly verify the eligibility of the holders of the older cards.[7]

Committee Hearings

The registered persons database contains information for all eligible individuals in Ontario registered for an OHIP card. It is critical to the functioning of a number of key programs.

A data integrity project was initiated in August 2004 to reduce the number of health cards on the registered persons database. The Ministry indicated that in June 2006, it cancelled eligibility for over 192,000 red and white cards with no claims for the previous seven years and where the client did not respond to requests to attend an OHIP office to convert to a photo card. An additional 95,000 cards were cancelled in 2006/07. As of December 31, 2006, 287,000 had been

cancelled. The Ministry planned to determine the status of the remaining extra cards and cancel those that were ineligible by the end of February 2007.

(The Ministry is encouraging Ontarians to keep their address current. That request appears on the Ministry's web site and in all of the notices it sends out. According to Ministry staff, Bill 171, the *Health System Improvements Act*, introduced in December 2006, would require that individuals report address changes.

If the card of someone who is actually eligible for health services is cancelled, that individual will have to report to one of the Ministry's 27 district offices and prove their eligibility. Once that is accomplished, coverage will be backdated and the person will be reimbursed for any relevant expenses.[8])

A technology change in June 2006 further automated the process of mailing notices to clients, allowing the Ministry to contact and process a greater number of clients in a short time frame. The number of weekly notices sent was increased from a few hundred to 10,000. As of January 1, 2007, there were 7.45 million photo cards and 5.11 million red and white cards in the province.

(Committee members were told that 4% (17,000) of those contacted through the data integrity project have reported to a district office. The return rate on invitations to re-register was approximately 60%.[9] Re-registration is taking place across the province but is focussed on district offices, a number of which are near or in border communities. Invitations are being sent out from offices in batches based on postal codes. Wait times for the trusted registration (in-person) process average about 20 minutes with actual transaction times of approximately six to eight minutes.[10])

Other data integrity controls and processes are in place to cancel red and white cards on an ongoing basis. For example, automated system feeds with the Ontario Registrar General automatically cancel the cards of those reported to be deceased. Information on in-province deaths is also received from family members and entered in the medical claims payment system by a physician on pronouncing a death. In the case of the latter, the card is cancelled three days after the pronouncement is received. The Ministry also has an information exchange with its provincial counterparts to enable the cancellation of cards for those who have permanently left the province and register for a health card in another jurisdiction. It is not advised about deaths out of province or country.[11]

Ministry staff told the Committee that faster conversion of the red and white cards was a desirable goal. However, they felt consideration had to be given to such factors as the costs associated with increasing staff to manage client interviews, space to house the increased business volume, and the costs associated with producing the photo card. These issues had to be weighed against the opportunities the associated funding would provide to support health services.[12]

More conversions occurred in 1998 because people were being re-registered for photo cards where the Ministry was rostering patients to primary care physicians. This resulted in pockets of the province being completely re-registered and others

with almost no re-registration; there were areas where the primary care initiative was more popular. It also created pressures five years later when cards had to be renewed. Conversions have been evened out in the time since and the Ministry no longer requires patients to register for a photo card when rostering with a family physician for primary care.[13]

Options for Consideration

Options for changing the business process related to the existing photo cards were being reviewed, with the objective of absorbing some of the costs involved in the conversion. This would enable the Ministry to complete the re-registration of all remaining red and white cards within a shorter time frame.[14] (Ministry staff estimated it would cost between $110 million and $130 million to convert within three to five years.[15])

Reference was also made to the government's integration of registration processes. The Ministry has been working with Service Ontario and, since 1995, the MTO. There are validation, documentation, privacy, and database linkage issues to be dealt with, but the driver's licence and the health card use the same technology for picture-taking and signatures. The two ministries also have the same contract for card production.[16]

Extending the expiry date of photo cards has been considered to enable more time to be devoted to conversions. There are consequences and costs associated with this option. The Ministry is attempting to keep its cycles consistent with those of the driver's licence because of its partnership respecting card production. The longer the renewal period, the more likely an address is to change. Medical practitioners rely on a person's address to verify their clinical records. (Health cards are swiped in offices through a validation system operated by the Ministry.)[17]

The Ministry does not have a service delivery network that could handle a significant increase in the number of individuals registering for a photo card. The system is almost at capacity in processing 2.2 million people a year. (The MTO driver's licence conversion had a private issuers network across the province.[18]) Committee members were told it would take more than 12 years to convert at the current rate. Ministry staff did allow though, that they could probably increase the number of conversions by 100,000 this year. They were also looking at offsets in their budget that would allow more to be done in 2008.[19]

Over the next two years consideration will be given to moving some renewal work away from the counter and to a mail-in process (e.g., for people over 80) or on to the Internet. Ministry staff expressed the hope that by 2009 these and other options might enable counter staff to do more conversions.[20]

Supplementary Information

On March 9, 2007, the Minister of Transportation announced the introduction of a new driver's licence card. The new card will have "technologies and security features to protect holders from identity theft and make it more difficult to tamper

with or counterfeit." Card production will be outsourced to Giesecke and Devrient Systems Canada.[21]

Less than 1% (1,673) of the over 192,000 red and white card holders whose eligibility was cancelled in June 2006 have had their eligibility restored by reporting to a district office and completing the trusted registration process for a photo card. Approximately 60% of these have had their eligibility restored after the three-month waiting period. In most of these cases, the three-month wait was invoked because the individuals had moved out of the province for a period of time, making them ineligible for coverage upon their return.[22]

4.3 Health-Card Monitoring

The audit found little monitoring of individual health-card usage. One of the main reasons is the difficulty in balancing an individual's right to privacy and the Ministry's responsibility for the stewardship of public funds.

A consulting firm was contracted in 2004 to conduct a study of potential health card fraud. It recommended the development of a fraud measurement framework to be used as a benchmark and guide for future work. Consumer fraud was estimated to be between $11 million and $22 million annually.

Investigations into suspected abuse are typically triggered by calls to the Ministry's Fraud Line or staff's suspicions when processing applications. Specific medical procedures are also reviewed to identify ineligible claims.

A Fraud Programs Branch (FPB), staffed with OPP detective inspectors and fraud examiners, was established in 1998. At the time of the audit, it did not have a mandate to conduct fraud audits and did not have access to records that would allow it to conduct OHIP monitoring activities. Suspected fraud cases were referred to the OPP. Branch activities were limited to assisting program-area personnel to assess fraud risk, and to identify and mitigate potential frauds.

Some special projects had identified ineligible card holders and were described by the Auditor. For example, card holders are generally not permitted to have postal box addresses. With few exceptions, they are required to have a permanent civil address in Ontario. A project completed in 2003 investigated 1,562 cards with postal addresses serviced by two mailbox outlet companies. Letters were sent to card holders. Many were returned as undeliverable or the card holders were found to be ineligible. The Ministry cancelled 1,157 cards, but the project was discontinued due to budgetary restraints. Data-extraction audit tests run by audit staff identified almost 32,000 people still using a postal box as their address.

Other than the projects described by the Auditor, the Ministry had done little to monitor health-card usage to detect anomalies. Consequently, audit staff performed a number of analyses on medical claims records for the period January 2001 through December 2005.[23]

Anomalies in Health Card Usage

Claims from providers from various locations often occur due to an individual's movement within the province. Their appearance over a short period of time could indicate that a card has been compromised. An analysis by audit staff found that there were 11,700 card holders who each had claims from all three regions in the province over a nine-month period in 2005.

Six individuals were identified as having received extensive psychotherapy counselling services from one provider. Total payments to the provider were $800,000 from 2001 to 2005.

The analysis discovered 4,000 patients being treated by a group of clinics and affiliated physicians, who had been submitting claims related to a specific treatment totalling $31 million since 2001. Procedure frequency was much higher than that recommended by the CPSO. Audit staff estimated the payments for excess treatments to be approximately $9.7 million since 2001. The majority of the paid claims related to laboratory tests. Claims were submitted through physicians from their own practices. Physicians are allowed to submit claims for laboratory testing, but only if the tests are conducted in their office. Physicians' practices were often significant distances from where patients resided and the clinics operated. The Ministry advised that, due to a complaint, the clinics had been under investigation since May 2003. However, the data analysis indicated that payments to the clinics continued to increase for the time periods reviewed.[24]

Review of Potential Cases of Ineligibility

Tips from the public on OHIP card use by those who are potentially ineligible are tracked in a Registration Information Tracking System. District office staff use the System when suspicious about an applicant's eligibility. When criminal intent is suspected, the matter is referred to the OPP. The Auditor noted that the Ministry did not have documented standards or procedures for evaluating such cases. Audit staff reviewed a sample of case files and noted inconsistent practices in evaluating them as well as in the decisions made.

As of October 2005, there was a backlog of over 7,000 outstanding cases awaiting review. Over 90% were more than six months old. The average time to resolve a case was 10 months. Approximately 40% of these card holders were eventually found to be ineligible and their cards were suspended. Based on this rate, there may be an estimated 2,800 ineligible individuals whose health cards are still active.[25]

The Auditor recommended reviewing the mandate of the FPB, with a view to expanding the range of its activities to include OHIP-usage monitoring and fraud investigations. He also recommended considering the expansion of the Ministry's monitoring activities to identify potentially suspicious individual health card usage, to resolve the outstanding backlog, and to follow up on potentially ineligible cases in a consistent, rigorous and timely manner.[26]

Committee Hearings

Fraud Programs Branch

The mandate of the FPB is being expanded to ensure a more comprehensive approach to fraud detection, prevention and loss reduction. It will be the centralized coordinator of all fraud-related activities. All suspected cases of fraud will be referred to the FPB for review and evaluation before being sent to the OPP Health Fraud Investigation Unit, a team of 22 officers. The FPB will analyze the Ministry's claims payment systems in order to detect possible fraudulent activity. It will also analyze patterns of activity that could indicate an area of concern.[27]

The FPB's staff complement of 10 will be increased to 12 or 13 this year. Staff have also been given specific approvals for access to OHIP databases.[28] A new process for referring cases to the OPP has been established and was introduced in early February 2007. A number of referred cases will be repatriated from the OPP and reassessed according to the new criteria.[29]

The number of actual cases of fraud that have been prosecuted was said to be relatively small. The Ministry suggests that this is not a large problem, but it will have a better sense of the actual situation with the FPB's new mandate.[30] The Committee was also told that health card fraud was difficult to prosecute. Ministry staff felt the FPB's new mandate would see better-prepared cases moving forward in a more timely fashion, leading to better convictions.[31]

Supplementary Information

The FPB has developed screening criteria to be used for cases of suspected consumer or provider fraud. The included factors are meant to serve as a case review guideline.

1. Does the information gathered provide a basis to suspect that there has been a misrepresentation in such a form as to be a statement of fact, concealment of fact or an omission of fact?
2. Is the suspected misrepresentation material to a provider receiving payment to which he/she is not entitled or a consumer receiving benefits to which he/she is not entitled?
3. Does the public interest favour referring the matter to the OPP Health Fraud Investigation Unit? In making this assessment, [the] FPB will consider all relevant circumstances, including, but not limited to the following:

(a) Does the conduct result in risk to the public?

(b) Does the conduct impact on the integrity of Ministry data in a manner that may adversely affect a registered person(s)?

(c) Could the conduct in question undermine public confidence in the MOHLTC ability to protect health care resources?

(d) Could the conduct in question result in actual or potential financial loss to the Ministry?

(e) Are there intra-, inter-ministerial and/or external implications to consider?

(f) Is the incident isolated or widespread?[32]

Consulting Firm and Fraudulent Registration

Ministry staff were asked if the recommendations of the consulting firm hired in 2004 had been acted upon.[33]

Supplementary Information

According to information provided by the Deputy Minister following the hearings, the consultant had concluded that there were two major means to sustain and improve consumer fraud control.

1. Sustain the highly effective systems of fraud prevention, detection and control currently in place.

....

2. Develop a working Fraud Measurement Framework to be used as a bench mark to measure higher risk areas, to measure the effectiveness of preventative and detective methods applied and to guide future work to mitigate consumer fraud in OHIP.

The consultant's work primarily consisted of a "methodology to identify areas of risk for fraud" and then estimate the cost of fraudulent activity in those areas. Much of the methodology was a review of clients' claims "to discern anomalies or patterns that may suggest fraudulent activity."

With its new mandate, the FPB will employ a similar methodology to analyze the claims payment systems to "proactively detect possible fraudulent activity." Efforts will also be focussed on "early detection, quick intervention and measuring interventions for effectiveness." The FPB will identify areas of risk "that pose the greatest concern and develop strategies to prevent fraud in these areas." Best practices will be developed from post-project assessments.[34]

Postal Box Project
The 32,000 cardholders using their postal box address were being loaded into the data integrity project. Those cards will be cancelled or require re-registration. Members were advised that the Client Registration System was rebuilt in 2002 so that a postal box address could not be included in the resident address.[35]

Anomalies in Health Card Usage
The Auditor identified a high occurrence of claims in a short period of time in different parts of the province. Those patterns will be examined by the FPB. There are reasons why people receive services in different parts of the province. College and university students are away from home at school. Anyone who travels for business sometimes makes claims around the province. People seeing specialists may have to incur claims in different areas of the province.[36]

The clinics treating 4,000 patients referred to by the Auditor were methadone clinics. In the fall of 2006, the clinic corporation was convicted of fraud. A repayment of some of the billings was made to the Ministry of Finance.

The Ministry continues to assess the laboratory billing concern. A committee is working with the Ontario Medical Association (OMA), and the Provider Services and Laboratories branches to introduce changes to the laboratory and physician schedules of benefits that will improve the ability of physicians to bill appropriately for those services.[37]

Supplementary Information

The clinic corporation referred to above was Comquest. The group of physicians was the Ontario Addiction Treatment Centre. In October 2006, Comquest was charged with being a party to an offence for contravening the *Health Insurance Act*. It was convicted and fined $25,000. A voluntary payment of $250,000 was made to the Ministry of Finance.

The case of the six individuals receiving counselling from one provider is the subject of an ongoing Ministry review. The Committee was told that appropriate steps are being taken.[38]

Review of Potential Cases of Ineligibility
As of January 1, 2007, the Ministry had closed 1,900 of the 7,000 backlogged eligibility assessment cases noted by the Auditor. Eligibility was ended or ongoing eligibility was granted. Resources continue to be dedicated to completing assessments and longer-term business improvements are being reviewed.

Some of the files the Auditor considered to be backlogged are in process. Given the nature of client eligibility assessment, the Ministry will always have approximately 1,300 files in process. At the time of the hearings, the backlog was estimated to be 3,800. The Ministry hopes to have the backlog substantially reduced by the end of 2007.[39]

Ministry staff advised that they will never attain a zero backlog. The figure of 1,300 was thought to be a reasonable number to have in process at any given time. Resources are dedicated to clearing the backlog; these are considered low-risk cases but have to be dealt with.[40]

The process of assessing eligibility can take months, depending on how responsive the person is to a request for additional documentation and questions about their absences from Ontario. Cases are sometimes closed because of the length of time they have been dormant. There is always a danger that someone could be left without a card. In those instances, they can re-register when they require health services.[41]

Supplementary Information

Following the hearings, the Committee was advised that 36% of the 1,900 closed files were found to be ineligible for coverage as of February 14, 2007. Because this was a point-in-time measurement, it was subject to change. A person's status could change if they contacted the Ministry with further information to support their eligibility. The Ministry's decision could also be appealed to the General Manager's Review Committee or the Health Services Appeal and Review Board. On average, about 32% of the people reviewed through the eligibility assessment process were found to be ineligible for OHIP.[42]

Committee Recommendations

The Committee is well aware that the original intent was to have the conversion of red and white health cards to photo health cards completed over five years, after the introduction of photo cards in 1995. It also acknowledges the challenges faced by the Ministry of Health and Long-Term Care in meeting that intent. However, the Committee remains concerned that the Auditor's *2006 Annual Report* estimated that it would take approximately 14 years to complete the re-registration process and phase out the old cards.

The Committee therefore strongly recommends that:

> **1. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on options to reduce the time needed for the conversion, including related time-frames by which red and white health cards can be converted to photo health cards.**
>
> **One option that the Committee would like to have considered is an extension of the renewal time-frame for photo health cards. Any savings from this extension should be allocated to expediting the replacement of red and white health cards.**

The Committee also recommends that:

2. The Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee with an update on the activities of the Fraud Programs Branch since the expansion of its mandate.

3. The Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee with the current number of backlogged eligibility assessment cases and a reassessment of its ability to achieve, by the end of 2007, a sizeable reduction in that number.

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with written responses to these recommendations within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.

4.4 Authentication of Citizenship Documents

New registrations, renewals, replacements, and changes of personal information are processed at 27 OHIP district offices. Applicants must provide proof of citizenship, residency and personal identity. Since 1995, the Ministry had electronically authenticated some citizenship documents with Citizenship and Immigration Canada (CIC), and electronically validated Ontario birth certificates with the Registrar General. Audit staff found that only 54% of active photo cards and 30% of all cards in circulation had been authenticated in this manner.

The Ministry entered various pieces of information into the Client Registration System and matched them with data from CIC or the Registrar General. Unmatched cases must be followed up. The Ministry also accepted Canadian citizenship cards and passports as proof of citizenship, but it did not verify these documents with the issuing government departments.

Audit staff found that resources dedicated to the authentication process were insufficient to process the number of new unmatched cases identified each month. The backlog had doubled since May 2004. As of March 2006, it amounted to over 154,000 unmatched cases with CIC and 101,000 cases with the Registrar General. At the time of the audit, more than 76% of these cases were more than a year old.[43]

The Auditor recommended timely follow-ups on outstanding cases in which the authentication of citizenship documents resulted in unmatched differences. He also recommended that consideration be given to expanding the scope of the electronic authentication program to other commonly used citizenship documents, such as the Canadian passport and citizenship card.[44]

Committee Hearings

The Ministry is reviewing options to further automate the authentication of citizenship documents. For example, it is negotiating with CIC to enable the

Ministry to authenticate the Canadian citizenship card. System changes will allow for this if an additional data exchange agreement can be completed.

The Ministry has also held initial discussions with the Canadian passport office. Both parties have committed to begin work to enable the Ministry to electronically authenticate Canadian passports. Both have included this work in their 2007/08 business plans. As a first step, the passport office will share information on lost and stolen passports.

At the time of the hearings, the Ministry authenticated citizenship documents for 64% of all photo card holders. If Canadian passports and citizenship cards are added, the Ministry would then have 84% of documents being authenticated. Ministry staff thought they would probably never get to 100% because many people do not have the necessary documents.[45]

Committee Recommendations

The Committee recommends that:

4. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on the status of its negotiations with Citizenship and Immigration Canada and the Canadian passport office.

5. The Ministry of Health and Long-Term Care report on the number of cases reported as unmatched with Citizenship and Immigration Canada and Ontario Registrar General records.

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with written responses to these recommendations within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.

4.5 Application Processing

During visits to district offices, audit staff found that procedures to ensure that all transactions were valid, complete and accurately processed could be improved. There were no reconciliation procedures to match the number of registrations and renewal or replacement applications accepted with the actual transactions processed and cards issued. There was no supervisory review of applicant information being entered into the Client Registration System against information provided on application forms or supporting documents. Once individuals are entered into the system, they are automatically eligible to receive a card. Because copies of the supporting citizenship documents are not kept for future reference, reconciliations and supervisory checks would reduce the risk of unauthorized transactions being processed, improper documents being accepted for processing or erroneous information being entered into the registration system.[46]

The Auditor recommended reconciling health-card applications received to processed transactions, and performing random supervisory checks matching system data to application and supporting documents.[47]

Committee Hearings

The Ministry will be contracting with a security expert to review its health card application and registration process. The review will make recommendations on mitigating the risks for fraudulent activity by referring to industry best practices and internal control measures implemented by other government agencies. The Ministry will consider the advice and recommendations in the reports from these reviews and take appropriate action.[48] Ministry staff expressed the hope that the work would be completed within three months so that a report would be received by June 2007. Some internal business review activity had already been started. An undertaking dealing with accessibility was expected to be complete by March or April 2007.[49]

Committee Recommendation

The Committee recommends that:

> **6. The Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee with an update on the recommendations regarding the health card application and registration process put forward by the contracted security expert and Ministry staff.**
>
> **The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.**

4.6 Special Registration

Registration for the Homeless

A homeless person often does not have the required documents to obtain a health card. Agencies dealing with the homeless assist them in applying for cards. Ministry policy requires these bodies to have agreements setting out Ministry and agency roles and responsibilities.

During their visits to district offices, audit staff found that controls to ensure transactions were legitimate could be improved. Actual agreements differed from the standard Ministry agreement, and signatures of appropriate agency staff were not required or the requirement was not enforced.

Any person referred by an agency is registered regardless of whether they can provide citizenship-status documents. The Ministry relies on the agencies to work with the individual to obtain and submit the appropriate documents. District offices said that agencies rarely report back on these individuals. Accordingly, the Ministry had little, if any, assurance that the proper documents had been obtained.

In many cases, agency staff had no personal knowledge of their clients. About 9,700 homeless individuals had been registered without the required citizenship documents since July 1995. The Ministry usually issued cards with a one-year expiry date to such individuals. A data analysis indicated that approximately 690 had had their health cards renewed without the proper documents.[50]

Exemption from Photo or Signature Requirements
Some applicants are exempted from photo or signature requirements for medical reasons, meaning their physician must provide a signed exemption form. A review of forms collected by district offices found that a physician's identity or authenticity was not verified with the CPSO's database in order to validate these exemptions.[51]

The Auditor recommended ensuring that all agencies assisting homeless individuals to obtain health cards have valid agreements with the Ministry and obtain proof of applicants' eligibility for publicly funded health-care services. He also recommended verifying the authenticity of providers who sign photo/signature exemption forms.[52]

4.7 Protection of Personal Health Records

Personal health information is maintained in the Client Registry System and the Medical Claims History Database. The audit reviewed security over the two systems and concluded that it should be improved in several areas. System access and user-group profiles were not adequately monitored, the latter being the authority assigned to individuals in a group to access, modify or delete data. The audit report makes specific reference to issues related to the Client Registration System, the Claims History Database and the Claims Correction System.[53]

The Auditor recommended ensuring that proper approvals are obtained before establishing or changing user-group access profiles and enforcing the requirement for periodic reviews for unwarranted system access at district offices. He also called for strengthening the effectiveness of the existing security review process and monitoring tools, implementing more rigorous security features to control access to the Claims Correction System, and restricting security administration duties to qualified staff.[54]

Committee Hearings

The Ministry initiated the Access Control Review Project in July 2006 to review its access control policies and procedures, and to make recommendations for improving the security requirements that govern staff access to corporate systems. The Project was expected to develop recommendations by March 2007. The recommendations will deal with improvements and any emerging requirements to align with the Auditor's recommendations and security requirements under the *Personal Health Information Protection Act*.

Highly sensitive OHIP data is stored in databases on the mainframe computer system in a secured data centre. The mainframe has specialized and tightly controlled access control mechanisms, with access granted only to staff who need access to the particular data or applications. The mainframe is not directly accessible to the Internet in order to prevent unauthorized access.

Information is sent to the Ministry on secure networks, like the Smart Systems for Health network, which provides encryption services to make the data stream

unintelligible. Data streams are a series of codes, such as health number, billing codes, and dates that are meaningless to most people.

Threat-risk assessments, privacy impact assessments, security tests, constant monitoring, and audits have been undertaken on a continual basis to provide assurance that the information is being protected.[55]

5. Health-Care Providers

5.1 Provider Monitoring and Control

Providers are responsible for ensuring their submitted claims comply with the *Health Insurance Act* and the Schedule of Benefits, a regulation under the *Health Insurance Act*. The Monitoring and Control Unit reviews claims. It also educates providers on the claims-submission process and practices, and pursues the recovery of overpayments resulting from submission errors.

The two claims-monitoring processes are pre-payment screening and post-payment review. Submitted claims are screened for compliance with predefined medical rules programmed into the Medical Claims Payment System. These rules are not sufficiently comprehensive to detect all inappropriate claims. The post-payment review involves analyses on paid claims to determine if they were submitted properly and in accordance with the Schedule of Benefits. Potential criminal cases are referred to the OPP for investigation.[56]

Suspension of the Medical Review Committee

Post-payment reviews can result in a variety of possible actions, including educating the practitioner, direct recovery for claims containing errors, referral of suspected fraud cases to the OPP and, up until its September 2004 suspension, referral of questionable claims to the Medical Review Committee (the Committee). The Committee had a structure and review process similar to those committees in other provinces. Its reviews could result in a number of possible outcomes. From 1999/00 to 2002/03, an average of 90 cases a year were referred to the Committee and approximately $4.9 million was recovered annually.

Long-standing complaints about the review process led to the Minister's June 2004 appointment of retired Supreme Court of Canada Justice Peter Cory to study the matter. Three months later, the Minister suspended the Committee and created the Transitional Physician Audit Panel. The Panel would act as a temporary appeal body for results on audits conducted before the suspension or for decisions relating to the recovery of paid claims made after the suspension.

Cory released his final report in April 2005. His 118 recommendations included the establishment of a new medical audit process and a new physician audit board, independent of the Ministry and professional regulatory bodies. The basis for any audit was to be clear, the methodology transparent and the process fair. The Ministry committed itself to an implementation plan for the report by the summer

of 2005. At the time of the audit, a plan had been submitted to Cabinet but legislative changes had yet to be introduced.

When the Committee process was suspended, 110 cases were under review. It was the Auditor's understanding that none would be reopened when the new process is in place. Based on 1999/00 to 2002/03 recovery rates, a potential $13 million to March 2006 may have been lost due to the Committee's suspension.[57]

The Auditor recommended the implementation of an effective review process as soon as possible.[58]

Committee Hearings

The changes required for a revised medical review process were included in Bill 171, the *Health System Improvements Act*, introduced by the Minister on December 12, 2006. If the legislation is enacted, the new system will have four phases: education; payment review; review by a new physician audit board; and an appeal process.[59] Education activities are already under way. They include one-on-one education on accurate claims submissions and the continuation of ongoing Ministry and OMA education about correct OHIP billing procedures.[60]

The old system was said to have been judged unfair to physicians. The proposed system complies with much of what Justice Cory recommended, short of new review or quasi-judicial procedures. More direct contact will be made with physicians to explain procedures and work out differences. Efforts will be made to ensure that the Ministry comments on claims it has concerns about within a reasonable amount of time. Should there be disagreement, matters would go to the review board.[61]

When asked if resources were best spent on tackling fraudulent card use or errors in service provider billings, Ministry staff replied that both had to be dealt with. However, in light of the Auditor's report and the new medical review process proposed by Bill 171, they thought that their short-term focus would be on fraud. Bearing in mind reports such as those from the Auditor and the results of risk analyses, priorities for immediate action could change year to year.[62]

Committee Recommendation

The Committee recommends that:

> **7. The Ministry of Health and Long-Term Care report on the number of cases and related total dollar amounts under review at the time the Medical Review Committee was suspended and confirm that these cases will not be reopened with the new review process.**
>
> **The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.**

5.2 Provider Registration

There are approximately 28,000 health-care providers in Ontario. All must register with the Ministry and obtain an OHIP billing number in order to submit claims. They must also have an Ontario practice address and hold a current valid licence with their professional governing body. District offices receive and process registration forms and the accompanying supporting documents. The audit found that provider files were often incomplete.[63]

5.3 Provider Information Updates

Provider records are maintained in the Provider Registry System. Periodic updates are received from governing bodies. The CPSO, for example, sends weekly electronic updates which include new physicians and those whose licences have expired or been terminated. This data was found to include only licence expirations due to suspension. Audit staff requested and obtained a listing of all active physicians as of February 2006 from the CPSO. In a comparison with Ministry records, they identified 725 non-licensed physicians as still active in the Ministry's database. The Ministry was provided with the relevant details and said it would follow up on them.

Notices were sent to the Ministry updating the status of other practitioners. Audit staff requested and obtained listings of active dentists and optometrists from their respective colleges as of February 2006. They concluded that these records, too, were not being properly updated.

The Auditor recommended that the Ministry work more closely with all professional governing bodies to ensure that provider records are updated in a timely manner.[64]

Committee Hearings

Of the 725 non-licensed physicians identified by the Auditor, only 40 submitted claims for services after their licence ended. The total amount paid was approximately $81,000. All of the circumstances have been assessed as administrative errors, not fraud.

Claims were submitted and paid to three physicians who, according to CPSO records, were deceased. The total value of these claims was $514. In two of the cases, the claims were within days of the death and were assessed to be errors made on recording the date of service to the patient. The remaining case was also determined to be an error made in a claims submission.

In the case of the physician who violated the terms and conditions of his licence and was paid for services to 300 patients, the CPSO told him in January 2003 that his licence was being revoked retroactively to May 1, 2002. In the interim, the physician had provided services to patients in June 2002 and billed OHIP approximately $8,000. At the time of the payment, the physician had a valid CPSO licence and was able to bill OHIP.

The Ministry completed discussions with the CPSO to provide an enhanced data feed which started in early September 2006. Information is received on a weekly basis and updated in the corporate provider database within three working days. The data feed will include all categories of physicians who are inactive. (Categories such as death and retirement had not been included prior to the enhanced feed.) The licensing information for physicians identified by the Auditor was updated in July 2006.

The Ministry is working with regulatory colleges to create a data baseline containing a listing of licensed practitioners in order to facilitate future electronic data feeds. (Other practitioners who can bill are a limited group: optometrists, some podiatrists and designated physiotherapy clinics. Billing information is also maintained for categories such as nurse practitioners who can make referrals for services.) In the interim, practitioner information is kept current through regular communication with the colleges.[65]

5.4 Protection of Provider Records

The audit reviewed the Provider Registry System's security administration procedures and concluded that there were several areas where security should be improved (e.g., missing approval documents for system access and creation of user group profiles without proper approval).

The Auditor recommended developing proper documentation for all user-group profiles and the maintenance of all system-access approvals to ensure that all access rights are maintained on a need-to-know basis. He also recommended enforcing a regular review of access privileges to the Provider Registry System so that only necessary privileges are maintained.[66]

In its initial response, the Ministry reported that a project was introduced in July 2006 to review its access control policies and procedures and make recommendations for improving the security requirements that govern staff access to corporate systems. A database that captures all authorization information for access to the Corporate Provider Database was implemented in June 2006. It produces quarterly reports for review which allows updates to be made appropriately, including confirming ongoing eligibility of authorized profiles.[67]

Ministry's Implementation Status – January 2007

The new database's first report for the period ending November 30, 2006 has been produced and reviewed. Reports will continue on a quarterly basis.[68]

6. Medical Claims Processing

All claims submitted by providers are reviewed for provider and patient eligibility and assessed against predefined medical rules to ensure that payment is made only for authorized services. While claims processing is, for the most part, done accurately, the Auditor had specific concerns described below.

6.1 Medical Rule Updates

A change to the Schedule of Benefits requires system changes by the effective date to ensure claims are properly processed and payments are accurate. The audit found that medical rules were not always updated accurately or in a timely manner. Required changes from the latest release of medical rules were completed for 22 of 68 by the October 2005 effective date. The remainder were not fully implemented until March 2006. More than 20 medical rules with errors were awaiting correction at the time of the audit.

The Auditor recommended that the Ministry implement all new medical rules and corrections in a timely manner.[69]

In its initial response to the Auditor's report and his recommendation under the heading 'Medical Claims Processing,' the Ministry referred to the most recently negotiated Physician Services Agreement as being very complex. It had challenged the aging architecture of the claims payment system. A review would be undertaken in 2007/08 to consider solutions that would allow for more effective processing of payment streams. Attention would be paid in negotiating future agreements to ensure that there was sufficient technical capacity to support implementation of the negotiated elements of the agreement.[70]

6.2 Rejected Medical Claims

Over 9.5 million claims were initially rejected in 2005/06. Claims rejected under the automated medical-rule review are forwarded to district offices to be reviewed. Rejected claims may then be overridden and paid if staff deem them to be medically necessary or legitimate, or returned to the provider for correction and resubmission. The Auditor's office had raised concerns about the process for overriding rejected claims since 1993. Audit staff found that there were inadequate guidelines, standards or procedures to assist district office staff in making decisions when assessing rejected claims. District offices did not maintain sufficient documentation supporting their override decisions. A number of these decisions were reviewed with Ministry staff, who confirmed that 10% were made in error. There was no ongoing management review of overridden transactions to ensure that decisions were consistent, appropriate and accurate.[71]

The Auditor recommended developing guidelines and procedures to assist district staff in making consistent and appropriate decisions on overriding rejected medical claims, and reviewing a sample of overridden transactions on an ongoing basis to ensure consistency and compliance with developed guidelines.[72]

Ministry's Implementation Status – January 2007

The Access Control Review Project will consider the Auditor's recommendation. It is expected to present its recommendation report in March 2007.[73]

Committee Hearings

Ministry staff were asked if there have been changes to clarify the circumstances under which an override provision would go into effect. Overrides are sometimes performed because the required systems changes have not been made. Changes are made in a priority order and as they get made, the need for overrides is decreased. The Access Control Review Project is looking at these processes, the conditions under which some kind of override will continue and the type of oversight required.[74]

Committee Recommendation

The Committee recommends that:

> **8. The Ministry of Health and Long-Term Care report on actions planned to enhance the process for reviewing rejected claims based on the recommendations of the Access Control Review Project.**
>
> **The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.**

6.3 Paper Claims Processing

About 750,000 claims are submitted on paper forms and entered into the system manually every year. Audit staff found deficiencies in ensuring that these types of claims were authorized (e.g., poor controls over access to the data-entry system, and no tracking, review or reconciliation).

The Auditor recommended establishing procedures to reconcile the number and dollar amounts of paper claims, and strengthening the security controls over the data entry system for paper claims to ensure that system access is appropriately restricted.[75]

Ministry's Implementation Status – January 2007

The Access Control Review Project will consider the Auditor's recommendation. It expected to present its recommendation report in March 2007.[76]

NOTES

[1] Ontario, Office of the Auditor General, *2006 Annual Report* (Toronto: The Office, 2006), pp. 180-181.
[2] Ibid., pp. 181-183.
[3] Ibid., pp. 179-180.
[4] The red and white cards were introduced after the elimination of health premiums. See Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates (Hansard)*, 2nd Sess., 38th Parl. (12 February 2007): P-214.
[5] Office of the Auditor General, *2006 Annual Report*, pp. 183-184.
[6] Ibid., p. 184.
[7] Ibid., p. 185.
[8] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-212.
[9] Ibid., p. P-229.
[10] Ibid., pp. P-211 and P-222 - P-223. The Ministry also has 180 outreach sites which serve smaller communities at scheduled times. See Ibid., p. P-211.
[11] Ibid., pp. P-208 and P-213.
[12] Ibid., p. P-208.
[13] Ibid., pp. P-210 and P-211.
[14] Ibid., pp. P-208 and P-213.
[15] Ibid., pp. P219 – P220.
[16] Ibid., p. P-216.
[17] Ibid., pp. P-212 – P-215.
[18] Ibid., p. P-212.
[19] Ibid., pp. P-211 and P-217.
[20] Ibid., pp. P-216 and P-217.
[21] Ontario, Ministry of Transportation, "McGuinty Government to Introduce New Driver's Licence Card," *Canada Newswire*, 9 March 2007.
[22] Letter from Deputy Minister, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care to Chair, Standing Committee on Public Accounts, 15 March 2007, p. 4.
[23] Office of the Auditor General, *2006 Annual Report*, pp. 185-187.
[24] Ibid., p. 187.
[25] Ibid., pp. 187-188.
[26] Ibid., p. 188.
[27] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P-209 and P-222.
[28] Ibid., p. P-221.
[29] Ibid., p. P-220.
[30] Ibid., p. P-215.
[31] Ibid., p. P-222.
[32] Letter from Deputy Minister to Chair, Standing Committee on Public Accounts, pp. 1-2.
[33] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-221.
[34] Letter from Deputy Minister to Chair, Standing Committee on Public Accounts, pp. 2-3.
[35] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-220.
[36] Ibid., p. P-220.
[37] Ibid., pp. P-218 and P-224.
[38] Letter from Deputy Minister to Chair, Standing Committee on Public Accounts, p. 3.
[39] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P-209 and P-221.
[40] Ibid., p. P-224.
[41] Ibid., p. P-224.
[42] Letter from Deputy Minister to Chair, Standing Committee on Public Accounts, p. 3.
[43] Office of the Auditor General, *2006 Annual Report*, pp. 188-190.
[44] Ibid., p. 191.
[45] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P-209 and P-219.
[46] Office of the Auditor General, *2006 Annual Report*, p. 190.
[47] Ibid., p. 191.
[48] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-209.

[49] Ibid., p. P-222.
[50] Office of the Auditor General, *2006 Annual Report*, pp. 190-191.
[51] Ibid., p. 191.
[52] Ibid.
[53] Ibid., pp. 191-192.
[54] Ibid., p. 192.
[55] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-209.
[56] Office of the Auditor General, *2006 Annual Report*, pp. 192-194.
[57] Ibid., pp. 193-194.
[58] Ibid., p. 194.
[59] Schedule G of Bill 171 provides for the creation of the Physician Payment Review Board, the Joint Committee on the Schedule of Benefits and the Physician Services Payment Committee.
[60] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P-209 – P-210 and P-218.
[61] Ibid., pp. P-225 – P-226.
[62] Ibid., p. P-227.
[63] Office of the Auditor General, *2006 Annual Report*, pp. 194-195.
[64] Ibid., pp. 195-196.
[65] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P-210 and P-226.
[66] Office of the Auditor General, *2006 Annual Report*, p. 196.
[67] Ibid., p. 198.
[68] Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "2006 OAGO Annual Report Response, Section 3.06 – Ontario Health Insurance Plan," 12 February 2007, p. 10.
[69] Office of the Auditor General, *2006 Annual Report*, pp. 196-197.
[70] Ibid., p. 199.
[71] Ibid., p. 197.
[72] Ibid.
[73] Ministry of Health and Long-Term Care, "2006 OAGO Annual Report Response," pp. 10-11.
[74] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-222.
[75] Office of the Auditor General, *2006 Annual Report*, p. 197.
[76] Ministry of Health and Long-Term Care, "2006 OAGO Annual Report Response," pp. 10-11.

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DE L'ONTARIO

(Rapport annuel 2006 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.08)

2e session, 38e législature
56 Elizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics
Régime d'assurance-santé de l'Ontario (Rapport annuel 2006 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.08)

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.
Titre de la p. de t. additionnelle: Ontario Health Insurance Plan (Section 3.08, 2006 Annual report of the Auditor General of Ontario)
Également disponible sur l'Internet.
ISBN 978-1-4249-4511-5

1. Régime d'assurance-santé de l'Ontario—Audit. 2. Assurance-maladie—Ontario—Évaluation. I. Titre. II. Titre: Ontario Health Insurance Plan (Section 3.08, 2006 Annual report of the Auditor General of Ontario)

KEO679 A23 P83 2007 353.6'909713 C2007-964005-2F

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

L'honorable Michael A. Brown
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

Norman Sterling

Queen's Park
Mai 2007

COMPOSITION DU

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

2e Session, 38e Législature

NORMAN STERLING
Président

ERNIE HARDEMAN
Vice-président

JEAN-MARC LALONDE

LISA MACLEOD

SHELLEY MARTEL

JOHN MILLOY

RICHARD PATTEN

LIZ SANDALS

MONIQUE M. SMITH

Katch Koch
Greffier du comité

Elaine Campbell
Recherchiste

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 1
Remerciements 1

1. OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION ET PRINCIPALES CONSTATATIONS 1

2. RÉPONSE DU MINISTÈRE DEMANDÉE PAR LE COMITÉ 2
2.1 Recommandations du Comité 2

3. APERÇU 3

4. CARTES SANTÉ 4
4.1 Remplacement des cartes rouge et blanc par les cartes Santé avec photo 4
4.2 Nombre de cartes Santé en circulation 4
4.3 Surveillance des cartes Santé 8
4.4 Authentification des documents de citoyenneté 14
4.5 Traitement des demandes de carte 16
4.6 Inscription spéciale 17
4.7 Protection des renseignements médicaux personnels 18

5. FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ 19
5.1 Surveillance et contrôle des fournisseurs 19
5.2 Inscription des fournisseurs 21
5.3 Mises à jour des renseignements des fournisseurs 21
5.4 Protection des renseignements des fournisseurs 22

6. TRAITEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT POUR SOINS MÉDICAUX 23
6.1 Mises à jour des règles s'appliquant aux actes médicaux 23
6.2 Demandes de paiement rejetées 24
6.3 Traitement des demandes sur papier 25

NOTES 26

PRÉAMBULE

Le 12 février 2007, le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences sur la vérification, effectuée par le vérificateur général en 2006, du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé), qui relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (section 3.08 du *Rapport annuel 2006*). Le Comité a souscrit aux constatations et recommandations du vérificateur.

Le présent rapport expose les constatations et les recommandations du Comité. Les données de base sur les sections du rapport de vérification original sont suivies d'un survol des principales constatations tirées à la suite des audiences et, s'il y a lieu, de nouvelles recommandations. Pour obtenir une transcription intégrale des audiences, il faut consulter le *Journal des débats*.

Remerciements

Le Comité adresse ses remerciements aux fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée qui ont assisté aux audiences. Il remercie également le Bureau du vérificateur général, le greffier du Comité et le personnel des Services de recherches et d'information de la Bibliothèque de l'Assemblée législative pour l'assistance qu'ils lui ont prêtée durant les audiences et les délibérations sur la rédaction du rapport.

1. OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION ET PRINCIPALES CONSTATATIONS

La vérification visait à déterminer si le Ministère disposait de systèmes et de procédures permettant de garantir la légitimité et l'exactitude des demandes soumises au titre des services rémunérés à l'acte et des paiements faits aux fournisseurs de soins de santé dans le cadre de l'Assurance-santé. Dans le cadre de la vérification, le Bureau du vérificateur général a examiné de la documentation, analysé de l'information, interrogé le personnel du Ministère et visité six bureaux de district de l'Assurance-santé. Le travail sur place était terminé pour l'essentiel en mai 2006.[1]

Le vérificateur a conclu que les demandes de paiement étaient traitées en bonne et due forme, mais que le Ministère devait renforcer ses systèmes et ses procédures dans certains domaines pour s'assurer que la totalité des demandes soumises au titre des services rémunérés à l'acte et des paiements faits aux fournisseurs de soins de santé dans le cadre de l'Assurance-santé sont légitimes. Il a notamment observé ce qui suit :

- des cartes Santé avec photo comportant des éléments de sécurité additionnels étaient délivrées en remplacement des anciennes cartes rouge et blanc depuis 1995. Le remplacement était censé prendre fin en 2000 mais le processus a été retardé. Au rythme actuel, il faudra encore 14 ans pour compléter le processus de remplacement;
- le nombre de cartes Santé en circulation dépassait de 300 000 le nombre d'habitants de la province, et la majorité des cartes excédentaires étaient

détenues par des personnes ayant une adresse à Toronto ou dans une région proche de la frontière américaine;

- le Ministère consacre peu de ressources à la surveillance de l'utilisation des cartes Santé, alors que l'analyse des demandes de paiement pour soins médicaux effectuée par le personnel de vérification faisait ressortir la nécessité d'un examen ou d'une enquête sur certains points;
- la Direction des programmes de lutte contre la fraude n'avait pas pour mandat de procéder à des vérifications anti-fraude et n'avait pas accès aux renseignements médicaux qui lui auraient permis de mener des activités de surveillance de la fraude;
- le Ministère n'avait pas encore vérifié l'authenticité des documents de citoyenneté d'environ 70 % des titulaires d'une carte Santé;
- les données reçues de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) pour mettre à jour les renseignements sur les permis d'exercice délivrés aux médecins étaient incomplètes;
- les activités du Comité d'étude de la médecine, qui était chargé d'examiner les cas des médecins soupçonnés d'avoir produit des demandes de paiement inappropriées, étaient suspendues depuis septembre 2004. En nous fondant sur les taux de recouvrement antérieurs, nous estimions que le Ministère aurait pu recouvrer jusqu'à 17 millions de dollars au cours de la période de suspension.[2]

2. Réponse du Ministère demandée par le Comité

Le Comité demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de faire parvenir une réponse écrite au greffier du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative.

2.1 Recommandations du Comité

1. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte au Comité des façons possibles d'accélérer le remplacement des cartes Santé rouge et blanc par les cartes Santé avec photo, en précisant les délais d'exécution.

   Le Ministère devrait notamment envisager de prolonger la période de validité des cartes Santé avec photo et d'affecter les sommes ainsi économisées à l'accélération du remplacement des cartes Santé rouge et blanc.

2. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée mette le Comité au courant des activités entreprises par la Direction des programmes de lutte contre la fraude depuis l'élargissement de son mandat.

3. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avise le Comité du nombre de cas en attente d'évaluation de l'admissibilité et de sa capacité à réduire sensiblement ce nombre d'ici la fin de 2007.

4. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte au Comité de l'état de ses négociations avec Citoyenneté et Immigration Canada et le Bureau des passeports du Canada.

5. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte du nombre de cas dont les données ne correspondent pas à celles de Citoyenneté et Immigration Canada et du registraire général de l'état civil de l'Ontario.

6. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte au Comité des progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de l'expert contractuel en sécurité et du personnel du Ministère concernant le processus de demande et d'inscription pour la carte Santé.

7. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte du nombre de cas à l'étude au moment de la suspension du Comité d'étude de la médecine et des montants correspondants en dollars et confirme que ces cas ne seront pas assujettis au nouveau processus de révision.

8. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte des mesures prévues afin d'améliorer le processus de révision des demandes de paiement rejetées conformément aux recommandations des responsables du projet d'examen du contrôle de l'accès.

3. Aperçu

Le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé) est un mécanisme important de prestation des services de santé, qui permet au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de déterminer l'admissibilité aux soins et de rémunérer les médecins et autres professionnels de la santé pour les services rendus. Les services assurés comprennent les services de diagnostic, de médecine préventive et de réadaptation dispensés par les généralistes et les spécialistes, ainsi que les services fournis par les laboratoires communautaires. Le Ministère paie également les tarifs établis de l'Assurance-santé pour les soins d'urgence fournis aux résidents de l'Ontario dans une autre province ou un autre pays. En 2004-2005, le Ministère a traité quelque 180 millions de demandes de paiement représentant plus de 7,4 milliards de dollars, dont 5,5 milliards (74 %) ont été versés à des fournisseurs rémunérés à l'acte, le reste (1,9 milliard de dollars) couvrant divers services non rémunérés à l'acte tels que ceux fournis par les laboratoires communautaires.

Pour accéder aux services, les Ontariens doivent détenir une carte Santé valide. Pour être admissible à une carte, le requérant doit être citoyen canadien ou

résident permanent, avoir son domicile en Ontario et y avoir résidé pendant au moins 153 jours au cours d'une période donnée de 12 mois. Les titulaires peuvent détenir une carte rouge et blanc ou une carte avec photo. En janvier 2006, il y avait environ 12,9 millions de cartes valides, dont 7,2 millions avec photo.[3]

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DU VÉRIFICATEUR

4. CARTES SANTÉ

4.1 Remplacement des cartes rouge et blanc par les cartes Santé avec photo

En 1990, le Ministère a abandonné le système d'inscription familiale en faveur d'un système d'inscription individuelle et a délivré environ 10 millions de cartes Santé personnelles rouge et blanc[4]. Des cartes ont été remises aux requérants qui avaient fourni un numéro de carte Santé avec le nom de famille correspondant.

Les cartes avec photo ont été introduites en 1995. Le Ministère prévoyait de réinscrire tous les résidents et d'authentifier leur admissibilité sur cinq ans. Cependant, le processus de remplacement n'était pas encore terminé au moment de la vérification. En janvier 2006, il y avait plus de 5,7 millions de cartes rouge et blanc en circulation. Le taux de remplacement des dernières années s'établissait à environ 400 000 cartes par an. (Le taux de remplacement au moment de la vérification correspondait à environ la moitié du taux de 1998.) Le vérificateur a estimé qu'à ce rythme, il faudrait au moins 14 ans pour compléter la vérification de l'admissibilité et éliminer les cartes rouge et blanc.

En 1995, le ministère des Transports (MTO) a entrepris un processus semblable pour remplacer le permis de conduire en deux parties par une carte avec photo. À la fin de ce projet, en 2000, il avait délivré plus de 7 millions de nouveaux permis. Le vérificateur a reconnu que la date d'expiration des permis de conduire avait facilité le processus, mais il voyait néanmoins dans le succès de ce projet une preuve de la possibilité de remplacer toutes les cartes Santé blanc et rouge de la province.

L'exactitude des renseignements sur les titulaires de carte rouge et blanc est douteuse. L'absence de date d'expiration signifie que l'adresse du titulaire est souvent périmée. Selon les statistiques du Ministère, environ 25 % des envois aux titulaires d'une carte rouge et blanc avaient été retournés comme non distribuables. Si l'on applique ce taux à tous les titulaires d'une carte rouge et blanc, on peut en déduire que les coordonnées d'environ 1 425 000 titulaires étaient périmées.[5]

4.2 Nombre de cartes Santé en circulation

D'après Statistique Canada, l'Ontario comptait 12,59 millions d'habitants en décembre 2005. En analysant les données, le personnel de vérification a découvert qu'il y avait environ 12,895 millions de cartes en circulation au moment de la vérification, soit 300 000 de plus que le nombre d'habitants. Le vérificateur a

reconnu qu'une grande partie de ces cartes pouvaient être détenues par des personnes décédées ou ayant quitté la province, mais il craignait que certaines d'entre elles ne se retrouvent entre les mains de personnes non admissibles. Un examen des données d'adresse a révélé que 263 000 (86 %) des cartes excédentaires étaient en circulation dans la région de Toronto. Il semblait également y avoir plus de 10 000 cartes excédentaires dans certaines régions attenantes à la frontière américaine.[6]

Le vérificateur a recommandé au Ministère d'accélérer le remplacement des cartes rouge et blanc par les cartes avec photo afin de vérifier comme il se doit l'admissibilité des détenteurs des anciennes cartes.[7]

Audiences du Comité

La base de données sur les personnes inscrites contient des renseignements sur toutes les personnes admissibles qui sont inscrites au Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Elle est essentielle au fonctionnement d'un certain nombre de programmes clés.

Un projet d'intégrité des données a été lancé en août 2004 pour réduire le nombre de cartes Santé dans la base de données sur les personnes inscrites. Le Ministère a indiqué qu'en juin 2006, il avait annulé plus de 192 000 cartes rouge et blanc au titre desquelles aucune demande de paiement n'avait été présentée au cours des sept années précédentes et dont le titulaire n'avait pas répondu à la demande de visiter un bureau de l'Assurance-santé afin de la remplacer par une carte avec photo. L'annulation de 95 000 cartes additionnelles a porté le total à 287 000 au 31 décembre 2006. Le Ministère prévoyait de vérifier le reste des cartes excédentaires et d'annuler celles détenues par des personnes non admissibles avant la fin de février 2007.

(Le Ministère encourage les Ontariens à tenir leur adresse à jour. Un avis en ce sens est affiché sur le site Web du Ministère et accompagne tous ses envois. Selon le personnel du Ministère, le projet de loi 171, *Loi sur l'amélioration du système de santé*, déposé en décembre 2006, obligerait les titulaires de carte à signaler tout changement d'adresse.

Si la carte d'une personne réellement admissible à des services de santé est annulée, cette personne devra se présenter à l'un des 27 bureaux de district du Ministère pour prouver son admissibilité. Une fois cette preuve faite, la couverture sera rétablie rétroactivement et les dépenses pertinentes de la personne lui seront remboursées.[8])

Un changement technologique apporté en juin 2006 a permis au Ministère d'automatiser davantage l'envoi des avis, de manière à contacter un plus grand nombre de clients en même temps et à accélérer ainsi le processus de remplacement. Le nombre d'envois hebdomadaires est passé de quelques centaines à 10 000. Au 1er janvier 2007, il y avait 7,45 millions de cartes avec photo et 5,11 millions de cartes rouge et blanc dans la province.

(Les membres du Comité ont appris que 4 % (17 000) des personnes contactées dans le cadre du projet d'intégrité des données avaient visité un bureau de district. Le taux de réponse à l'invitation à se réinscrire était d'environ 60 %.[9] La réinscription a lieu dans toute la province mais est concentrée dans les bureaux de district, dont plusieurs sont situés près de la frontière américaine. Les bureaux envoient les invitations par lots basés sur les codes postaux. Le temps d'attente pour le processus d'inscription en personne s'établissait en moyenne à 20 minutes, dont six à huit minutes pour la transaction même.[10])

D'autres processus et contrôles d'intégrité des données sont en place pour l'annulation continue des cartes rouge et blanc. Par exemple, des liens automatisés avec les systèmes du registraire général de l'état civil de l'Ontario permettent d'annuler automatiquement les cartes des personnes déclarées décédées. Le Ministère est avisé des décès survenus dans la province par les membres de la famille, et le médecin qui prononce le décès entre l'information pertinente dans le système de règlement des demandes de paiement pour soins médicaux. Dans ce dernier cas, la carte est annulée trois jours après réception du prononcé. Le Ministère échange aussi des renseignements avec les ministères de la Santé des autres provinces afin d'annuler les cartes des personnes qui ont quitté la province pour de bon et qui se sont inscrites à un autre régime provincial d'assurance-santé. Il n'est toutefois pas avisé des décès survenus en dehors de la province ou du pays.[11]

Les fonctionnaires du Ministère qui ont comparu devant le Comité ont convenu qu'accélérer le remplacement des cartes rouge et blanc était un objectif souhaitable. Ils ont toutefois ajouté qu'il fallait tenir compte de facteurs tels que les coûts associés au renforcement du personnel chargé d'interviewer les clients, aux locaux supplémentaires requis et à la production de la carte avec photo, et les mettre dans la balance avec les services de santé qu'ils permettraient de financer.[12]

Le nombre de cartes remplacées a été plus élevé en 1998, parce que les patients inscrits auprès de médecins de premier recours par le Ministère étaient réinscrits pour les cartes avec photo. L'initiative des soins primaires n'a pas connu le même succès partout de sorte que, dans certains coins de la province, tous les résidents ont été réinscrits tandis que, dans d'autres régions, le taux de réinscription était pratiquement nul. Cela a créé des pressions au moment du renouvellement des cartes, cinq ans plus tard. Le taux de remplacement s'est stabilisé depuis, et le Ministère n'exige plus des patients qu'ils présentent une demande de carte avec photo lorsqu'ils s'inscrivent auprès d'un médecin de famille pour les soins primaires.[13]

Options à envisager

Les modifications possibles aux processus opérationnels liés aux cartes avec photo existantes étaient à l'étude, l'objectif étant d'absorber certains des coûts de remplacement. Cela permettrait au Ministère d'accélérer la réinscription des titulaires des cartes rouge et blanc qui restent.[14] (Le personnel du Ministère estimait qu'il en coûterait entre 110 millions et 130 millions de dollars pour les remplacer d'ici trois à cinq ans.[15])

Il a également été fait référence à l'intégration gouvernementale des processus d'inscription. Le Ministère travaille en collaboration avec ServiceOntario et, depuis 1995, avec le MTO. Il reste des problèmes à régler sur le plan de la validation, de la documentation, de la protection de la vie privée et des liens entre les bases de données, mais le permis de conduire et la carte Santé utilisent la même technologie pour les photos et les signatures. Les deux ministères ont également signé le même contrat pour la production des cartes.[16]

Il a été envisagé de repousser la date d'expiration des cartes avec photo afin de pouvoir consacrer plus de temps au remplacement des cartes blanc et rouge. Il y a des conséquences et des coûts associés à cette option. Le Ministère essaie de synchroniser ses cycles avec ceux du permis de conduire en raison du partenariat concernant la production des cartes. Plus la période de renouvellement est longue, plus l'adresse est susceptible de changer. Les praticiens utilisent l'adresse d'une personne pour vérifier son dossier médical. (Les cartes Santé sont lues par glissement dans les bureaux au moyen d'un système de validation exploité par le Ministère.)[17]

Le Ministère n'a pas de réseau de prestation de services capable de faire face à une augmentation importante du nombre de personnes qui s'inscrivent afin d'obtenir une carte avec photo. Le traitement de 2,2 millions de personnes par an met à rude épreuve la capacité du système. (Les nouveaux permis de conduire du MTO ont été délivrés par un réseau d'entrepreneurs privés disséminé dans toute la province.[18]) Les membres du Comité se sont fait dire qu'au rythme actuel, le remplacement prendrait plus de 12 ans. Les fonctionnaires du Ministère ont toutefois admis qu'ils pouvaient probablement accroître le nombre de cartes remplacées de 100 000 cette année. Ils cherchaient également des compensations budgétaires qui leur permettraient de faire davantage en 2008.[19]

Au cours des deux prochaines années, il sera envisagé de permettre à certains titulaires de renouveler leur carte par la poste (p. ex. pour les plus de 80 ans) ou par Internet plutôt qu'en personne. Les fonctionnaires du Ministère ont dit espérer que, d'ici 2009, ces options et d'autres améliorations permettront au personnel au guichet de remplacer un plus grand nombre de cartes.[20]

Renseignements supplémentaires

Le 9 mars 2007, le ministre des Transports a annoncé l'introduction d'un nouveau permis de conduire. La nouvelle carte comprendra des caractéristiques technologiques et sécuritaires rehaussées qui protégeront les titulaires contre le vol de leur identité et rendront plus difficile la falsification ou la contrefaçon du permis. La production des cartes sera impartie à Giesecke and Devrient Systems Canada.[21]

Moins de 1 % (1 673) des 192 000 titulaires d'une carte rouge et blanc dont l'admissibilité a été annulée en juin 2006 ont vu leur admissibilité rétablie en se présentant à un bureau de district et en se soumettant au processus d'inscription fiable pour une carte avec photo. L'admissibilité d'environ 60 % d'entre eux a été rétablie après la période d'attente de trois mois. Dans la plupart des cas, la période

d'attente de trois mois a été invoquée parce que les titulaires avaient vécu en dehors de la province pendant un certain temps et qu'ils n'étaient donc pas admissibles à l'assurance-santé au moment de leur retour.[22]

4.3 Surveillance des cartes Santé

Le vérificateur a découvert que l'utilisation individuelle des cartes Santé faisait l'objet de peu de surveillance, notamment en raison de la difficulté de maintenir un juste équilibre entre le droit à la protection des renseignements personnels et la responsabilité du Ministère de bien gérer les fonds publics.

Une entreprise d'experts-conseils a été engagée en 2004 pour mener une étude sur l'utilisation frauduleuse potentielle de la carte Santé. Elle a recommandé au Ministère d'élaborer un cadre d'évaluation de la fraude pouvant servir de référence et guider les futurs travaux. Le coût de la fraude était estimé dans une fourchette de 11 à 22 millions de dollars par an.

Les enquêtes sur l'utilisation abusive présumée des cartes sont généralement déclenchées par les appels à la Ligne antifraude du Ministère ou par les soupçons du personnel qui traite les demandes. On examine également certains actes médicaux afin de repérer les demandes de paiement non admissibles.

La Direction des programmes de lutte contre la fraude (DPLF), qui regroupe des inspecteurs-détectives de la Police provinciale de l'Ontario et des enquêteurs anti-fraude, a été établie en 1998. Au moment de la vérification, elle n'avait pas pour mandat de procéder à des vérifications anti-fraude, et elle n'avait pas accès aux renseignements qui lui auraient permis de surveiller l'utilisation des cartes Santé. Les cas de fraude présumée étaient soumis à la Police provinciale de l'Ontario. Les activités de la Direction se limitaient à aider les employés des secteurs de programme à évaluer le risque de fraude, et à repérer et atténuer les fraudes potentielles.

Le vérificateur a mentionné certains projets spéciaux qui avaient permis d'identifier des titulaires de carte non admissibles. Par exemple, les titulaires de carte ne sont pas autorisés, en général, à avoir une case postale comme adresse. Sauf de rares exceptions, ils doivent avoir une adresse municipale permanente en Ontario. En 2003, le Ministère a fait enquête sur 1 562 cartes dont les titulaires avaient comme adresse des cases postales fournies par deux entreprises offrant ce genre de service. Des lettres ont été envoyées aux détenteurs de carte. Un grand nombre de ces lettres ont été retournées parce qu'elles n'étaient pas distribuables à l'adresse indiquée, ou l'on a constaté que les titulaires de carte n'étaient pas admissibles. Le Ministère a annulé 1 157 cartes, mais le projet a été abandonné à cause des restrictions budgétaires. Les contrôles par sondage des données effectués par le personnel de vérification ont permis d'identifier près de 32 000 personnes qui avaient encore une case postale comme adresse.

À part les projets décrits par le vérificateur, le Ministère n'a pas fait grand-chose pour surveiller l'utilisation des cartes Santé afin de détecter les anomalies. Le personnel de vérification a donc effectué un certain nombre d'analyses des

données relatives aux demandes de paiement pour soins médicaux reçues entre janvier 2001 et décembre 2005.[23]

Anomalies dans l'utilisation des cartes Santé
Il arrive souvent qu'une personne doive se déplacer à travers la province et que les demandes de paiement pour cette personne proviennent de fournisseurs établis dans différentes localités. Cependant, la présentation de telles demandes sur une courte période pourrait indiquer que la carte a fait l'objet d'un usage abusif. L'analyse effectuée par le personnel de vérification a permis de repérer 11 700 titulaires de carte pour lesquels on notait des demandes de paiement provenant des trois régions de la province sur une période de neuf mois en 2005.

On a découvert que six personnes avaient reçu de nombreux services de psychothérapie du même fournisseur, à qui le Ministère a versé un total de 800 000 $ entre 2001 et 2005.

L'analyse a également permis de relever 4 000 cas de patients traités par un groupe de cliniques et de médecins affiliés qui, depuis 2001, avaient présenté pour 31 millions de dollars de demandes de paiement liées à un traitement précis. La fréquence des actes médicaux était beaucoup plus élevée que celle recommandée par l'OMCO. Le personnel de vérification estimait à 9,7 millions de dollars le total des paiements versés au titre de traitements excédentaires depuis 2001. La majorité des demandes réglées concernait des essais en laboratoire. Les demandes de paiement étaient soumises depuis le cabinet de médecins affiliés. Les médecins sont autorisés à soumettre des demandes de paiement pour les essais en laboratoire, mais seulement si les essais sont effectués dans leurs bureaux. Les cabinets de ces médecins étaient souvent très éloignés du lieu de résidence du patient et de la clinique où il était traité. Le Ministère a déclaré qu'une plainte avait été reçue et que ces cliniques faisaient l'objet d'une enquête depuis mai 2003. L'analyse des données indiquait toutefois que les paiements à ces cliniques avaient continué d'augmenter pendant les périodes examinées.[24]

Examen des cas potentiels de non-admissibilité
Lorsqu'un membre du public informe le Ministère de l'utilisation d'une carte Santé par une personne qui pourrait ne pas y être admissible, le cas est consigné dans un système de suivi des renseignements sur les inscriptions. Les employés des bureaux de district utilisent ce système en cas de doute quant à l'admissibilité d'un demandeur. Lorsqu'on soupçonne une intention criminelle, l'affaire est confiée à la Police provinciale de l'Ontario. Le vérificateur a remarqué que le Ministère n'avait ni normes ni procédures documentées pour évaluer ce genre de cas. Le personnel de vérification a examiné un échantillon de cas et constaté que les méthodes d'évaluation et de décision manquaient d'uniformité.

En octobre 2005, plus de 7 000 cas étaient en attente d'examen, dont plus de 90 % remontaient à plus de six mois. Le délai de résolution moyen d'un cas était de 10 mois. Environ 40 % de ces titulaires ont fini par être déclarés non admissibles, et leurs cartes ont été suspendues. Si l'on se fie à ce taux, il pourrait y avoir quelque 2 800 personnes non admissibles dont la carte Santé est encore active.[25]

Le vérificateur a recommandé de revoir le mandat de la DPLF afin d'étendre ses activités à la surveillance de l'utilisation des cartes Santé et aux enquêtes sur la fraude. Il a également recommandé au Ministère d'envisager d'élargir ses activités de surveillance pour repérer les utilisations potentiellement suspectes de la carte Santé, éliminer l'arriéré de cas en attente et effectuer un suivi cohérent, rigoureux et rapide des cas potentiels de non-admissibilité.[26]

Audiences du Comité

Direction des programmes de lutte contre la fraude

Le mandat de la DPLF a été élargi afin d'assurer une approche plus globale de la détection et la prévention des fraudes et de la réduction des pertes. Elle jouera un rôle central de coordination de toutes les activités liées à la fraude. Tous les cas soupçonnés de fraude seront soumis à la DPLF pour examen et évaluation avant d'être renvoyés à l'Équipe des enquêtes sur la fraude dans le système de santé de la Police provinciale de l'Ontario, qui compte 22 agents. La DPLF analysera les systèmes ministériels de traitement des demandes de paiement afin de détecter les activités frauduleuses possibles. Elle analysera également les tendances susceptibles d'indiquer un problème.[27]

Le nombre d'employés de la DPLF passera de 10 à 12 ou 13 cette année. Le personnel a d'ailleurs reçu des autorisations spécifiques concernant l'accès aux bases de données de l'Assurance-santé.[28] Une nouvelle procédure de renvoi des cas à la Police provinciale a été introduite au début février 2007. Certains des cas renvoyés seront repris à la Police provinciale et réévalués selon les nouveaux critères.[29]

Le nombre de cas réels de fraude qui ont fait l'objet de poursuites serait relativement faible. Le Ministère a laissé entendre qu'il ne s'agissait pas d'un problème majeur, mais il aura une meilleure idée de la situation une fois que la DPLF aura assumé son nouveau mandat.[30] Le Comité s'est également fait dire que les cas de fraude liée à la carte Santé étaient difficiles à poursuivre en justice. Le personnel du Ministère était d'avis que le nouveau mandat de la DPLF permettrait de mieux préparer les causes et d'aller plus rapidement en justice, de manière à améliorer le taux de condamnation.[31]

Renseignements supplémentaires

La DPLF a élaboré des critères de sélection à utiliser en cas de fraude soupçonnée de la part des consommateurs ou des fournisseurs. Les facteurs à prendre en compte sont censés guider l'examen du cas.

1. Les renseignements recueillis permettent-ils de soupçonner qu'il y a eu assertion inexacte sous forme de déclaration de fait, de dissimulation ou d'omission de divulguer?
2. L'assertion inexacte soupçonnée a-t-elle permis à un fournisseur de recevoir un paiement auquel il n'avait pas droit ou à un

consommateur de toucher des prestations auxquelles il n'était pas admissible?

3. Est-il dans l'intérêt public de renvoyer l'affaire à l'Équipe des enquêtes sur la fraude dans le système de santé de la Police provinciale de l'Ontario? Pour répondre à cette question, la DPLF doit tenir compte de toutes les circonstances pertinentes, dont les suivantes :

   a) La conduite expose-t-elle le public à des risques?

   b) La conduite menace-t-elle l'intégrité des données du Ministère d'une manière qui pourrait nuire à une ou plusieurs personnes inscrites?

   c) La conduite en question pourrait-elle miner la confiance du public dans la capacité du MSSLD à protéger les ressources du système de santé?

   d) La conduite en question pourrait-elle entraîner des pertes financières réelles ou potentielles pour le Ministère?

   e) Y a-t-il des incidences intraministérielles, interministérielles et/ou externes à prendre en considération?

   f) S'agit-il d'un incident isolé ou d'un phénomène répandu?[32]

L'entreprise d'experts-conseils et les inscriptions frauduleuses

On a demandé au personnel du Ministère si les recommandations de l'entreprise d'experts-conseils engagée en 2004 avaient été mises en œuvre.[33]

Renseignements supplémentaires

Selon les renseignements fournis par le sous-ministre après les audiences, le consultant a conclu qu'il y avait deux grands moyens de soutenir et d'améliorer le contrôle des pratiques frauduleuses visant les consommateurs.

1. Soutenir les systèmes hautement efficaces de prévention, de détection et de contrôle de la fraude actuellement en place.

....

2. Élaborer un cadre d'évaluation de la fraude qui servirait de référence pour mesurer les domaines à risque élevé, évaluer l'efficacité

> des méthodes de prévention et de détection appliquées et orienter les mesures ultérieures visant à atténuer la fraude à l'Assurance-santé.

Le travail du consultant consistait surtout à élaborer une « méthodologie afin de repérer les secteurs vulnérables à la fraude » puis d'estimer le coût des activités frauduleuses dans ces secteurs. La méthodologie était axée sur un examen des demandes de paiement visant à « discerner les anomalies ou les tendances susceptibles d'indiquer des activités frauduleuses ».

Forte de son nouveau mandat, la DPLF emploiera une méthodologie semblable pour analyser les systèmes de règlement des demandes de paiement afin de « détecter de façon proactive les activités frauduleuses possibles ». Les efforts mettront l'accent sur « la détection précoce, la rapidité des interventions et l'évaluation de leur efficacité ». La DPLF repérera les secteurs vulnérables qui causent les plus grandes inquiétudes et mettra au point des stratégies visant à prévenir la fraude dans ces secteurs. Les pratiques exemplaires seront élaborées à partir des évaluations des projets terminés.[34]

Projet des cases postales
Les 32 000 titulaires de carte qui utilisent une case postale comme adresse ont été intégrés au projet d'intégrité des données. Leurs cartes seront annulées, à moins qu'ils ne se réinscrivent. Les membres du Comité ont été avisés que le système d'inscription des clients avait été remanié en 2002 de façon à empêcher l'inclusion d'une case postale dans l'adresse personnelle.[35]

Anomalies dans l'utilisation des cartes Santé
Le vérificateur a remarqué que beaucoup de demandes de paiement provenant de différents coins de la province avaient été soumises en peu de temps. Ces tendances seront examinées par la DPLF. Certaines personnes ont des raisons légitimes de recevoir des services dans différentes régions de la province. Mentionnons par exemple les étudiants qui fréquentent un collège ou une université loin de chez eux, les gens qui voyagent pour affaires et les patients qui doivent se déplacer pour consulter un spécialiste.[36]

Les cliniques traitant 4 000 patients auxquelles le vérificateur faisait référence étaient des centres de traitement de maintien à la méthadone. À l'automne 2006, la société exploitant ces cliniques a été reconnue coupable de fraude. Elle a ensuite remboursé une partie des paiements qui lui avaient été versés au ministère des Finances.

Le Ministère continue de se pencher sur les pratiques de facturation des laboratoires. Un comité s'emploie avec l'Ontario Medical Association (OMA), la Direction des services aux professionnels et la Direction des laboratoires à apporter des modifications aux barèmes des frais de laboratoire et des honoraires médicaux qui aideront les médecins à présenter des factures appropriées pour ces services.[37]

Renseignements supplémentaires

La société susmentionnée s'appelait Comquest, et le groupe de médecins portait le nom « Ontario Addiction Treatment Centre ». En octobre 2006, Comquest a été accusée d'être partie à une infraction à la *Loi sur l'assurance-santé* puis condamnée à une amende de 25 000 $. Un paiement volontaire de 250 000 $ a été versé au ministère des Finances.

Le cas des six personnes recevant des services de counselling du même fournisseur fait l'objet d'un examen continu de la part du Ministère. Le Comité s'est fait dire que des mesures appropriées avaient été prises.[38]

Examen des cas potentiels de non-admissibilité

Au 1er janvier 2007, le Ministère avait réglé 1 900 des 7 000 cas en attente d'évaluation de l'admissibilité notés par le vérificateur. L'admissibilité a été annulée ou confirmée. Le Ministère continue d'affecter des ressources aux évaluations et d'examiner les améliorations opérationnelles possibles à long terme.

Certains des dossiers que le vérificateur considérait comme en attente sont en cours de traitement. Étant donné la nature de l'évaluation de l'admissibilité des clients, le Ministère aura toujours environ 1 300 dossiers en cours de traitement. Au moment des audiences, le nombre de cas en attente était estimé à 3 800. Le Ministère espère réduire substantiellement l'arriéré d'ici la fin de 2007.[39]

Le personnel du Ministère a fait savoir au Comité qu'il ne pourra jamais réduire l'arriéré à zéro et que 1 300 cas en cours de traitement en même temps lui semblait un chiffre raisonnable. Des ressources ont été affectées à la résorption de l'arriéré; les cas sont considérés à faible risque mais ils doivent néanmoins être traités.[40]

L'évaluation de l'admissibilité peut prendre plusieurs mois, selon l'empressement de la personne à fournir les documents additionnels demandés et à répondre aux questions concernant ses absences de l'Ontario. Les dossiers sont parfois clos après une longue période d'inactivité. Il existe toujours un risque qu'une personne se retrouve sans carte. Les personnes ainsi touchées peuvent se réinscrire lorsqu'ils ont besoin de services de santé.[41]

Renseignements supplémentaires

Après les audiences, le Comité a été informé qu'au 14 février 2007, 36 % des 1 900 dossiers clos avaient été déclarés non admissibles à l'Assurance-santé. Comme il s'agit d'une mesure ponctuelle, ce chiffre est sujet à modification. Le statut d'une personne qui fournit des renseignements additionnels prouvant son admissibilité au Ministère pourrait changer. Elle peut aussi être fait appel de la décision du Ministère au comité d'examen du directeur général ou à la Commission d'appel et de révision des services de santé. En moyenne, environ 32 % des personnes assujetties au processus d'évaluation de l'admissibilité ont été déclarées non admissibles à l'Assurance-santé.[42]

Recommandations du Comité

Le Comité est bien conscient du fait qu'après l'introduction des cartes avec photo en 1995, il était prévu de remplacer les cartes Santé rouge et blanc sur une période de cinq ans. Il reconnaît également les défis qui ont empêché le ministère de la Santé et des Soins de longue durée d'atteindre cet objectif. Il reste toutefois préoccupé par l'estimation figurant dans le *Rapport annuel 2006* du vérificateur, selon laquelle il faudrait encore 14 ans ou à peu près pour compléter le processus de réinscription et éliminer les anciennes cartes.

Le Comité recommande donc fortement :

> **1. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte au Comité des façons possibles d'accélérer le remplacement des cartes Santé rouge et blanc par les cartes Santé avec photo, en précisant les délais d'exécution.**
>
> **Le Ministère devrait notamment envisager de prolonger la période de validité des cartes Santé avec photo et d'affecter les sommes ainsi économisées à l'accélération du remplacement des cartes Santé rouge et blanc.**

Le Comité recommande également ce qui suit :

> **2. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée mette le Comité au courant des activités entreprises par la Direction des programmes de lutte contre la fraude depuis l'élargissement de son mandat.**
>
> **3. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avise le Comité du nombre de cas en attente d'évaluation de l'admissibilité et de sa capacité à réduire sensiblement ce nombre d'ici la fin de 2007.**
>
> **Le Comité demande au Ministère de présenter des réponses écrites à ces recommandations au greffier du Comité dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.**

4.4 Authentification des documents de citoyenneté

Les nouvelles inscriptions, les renouvellements et les remplacements de la carte Santé ainsi que les changements apportés aux renseignements personnels sont traités dans les 27 bureaux de district de l'Assurance-santé. Les demandeurs doivent fournir une preuve de citoyenneté, de résidence et d'identité. Depuis 1995, le Ministère authentifie électroniquement certaines preuves de citoyenneté auprès de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) et les certificats de naissance de l'Ontario auprès du registraire général de l'état civil. Le personnel de vérification a découvert que seulement 54 % des cartes actives avec photo et 30 % des cartes en circulation avaient été authentifiées de cette manière.

Le Ministère entrait des données dans le système d'inscription des clients et les comparait à celles de CIC ou du registraire général de l'état civil. Les données sans correspondance devaient faire l'objet d'un suivi. Le Ministère acceptait également les cartes de citoyenneté et passeports canadiens comme preuves de citoyenneté, mais il ne les vérifiait pas auprès des ministères de délivrance.

Le personnel de vérification a constaté que les ressources consacrées au processus d'authentification étaient insuffisantes pour traiter les nouveaux cas sans correspondance repérés chaque mois. L'arriéré avait doublé depuis mai 2004. En mars 2006, il s'élevait à plus de 154 000 cas sans correspondance avec les données de CIC et 101 000 cas sans correspondance avec les données du registraire général de l'état civil. Au moment de la vérification, plus de 76 % de ces cas remontaient à plus d'un an.[43]

Le vérificateur a recommandé d'effectuer un suivi en temps opportun des cas en suspens pour lesquels l'authentification des preuves de citoyenneté a révélé des éléments non concordants. Il a également recommandé au Ministère d'envisager d'étendre le programme d'authentification électronique à d'autres preuves de citoyenneté d'utilisation courante comme la carte de citoyenneté et le passeport canadiens.[44]

Audiences du Comité

Le Ministère examine les options qui s'offrent à lui pour automatiser davantage l'authentification des preuves de citoyenneté. Par exemple, il négocie avec CIC pour que le ministère fédéral lui permette d'authentifier la carte de citoyenneté canadienne. Ce genre de contre-vérification sera rendu possible par les modifications apportées au système, à condition que le Ministère puisse conclure un accord additionnel d'échange de données.

Le Ministère a également tenu des discussions initiales avec le Bureau des passeports du Canada. Les deux parties se sont engagées à entreprendre des travaux pour permettre au Ministère d'authentifier électroniquement les passeports canadiens. Ces travaux sont inclus dans leurs plans d'activités 2007-2008. Le Bureau des passeports commencera par partager l'information sur les passeports perdus ou volés.

Au moment des audiences, le Ministère avait authentifié les documents de citoyenneté de 64 % des titulaires de carte avec photo. L'ajout des cartes de citoyenneté et passeports canadiens porterait ce total à 84 %. Le personnel du Ministère était d'avis qu'il ne pourrait sans doute jamais atteindre 100 % parce que beaucoup de gens n'ont pas les documents nécessaires.[45]

Recommandations du Comité

Le Comité recommande :

4. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte au Comité de l'état de ses négociations avec Citoyenneté et Immigration Canada et le Bureau des passeports du Canada.

5. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte du nombre de cas dont les données ne correspondent pas à celles de Citoyenneté et Immigration Canada et du registraire général de l'état civil de l'Ontario.

Le Comité demande au Ministère de présenter des réponses écrites à ces recommandations au greffier du Comité dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

4.5 Traitement des demandes de carte

Au cours des visites aux bureaux de district, le personnel de vérification a constaté qu'il était possible d'améliorer les procédures visant à garantir que toutes les opérations sont valides, complètes et traitées dans les règles. Il n'y avait aucune procédure de rapprochement entre le nombre de demandes acceptées d'inscription, de renouvellement ou de remplacement et le nombre réel d'opérations traitées et de cartes délivrées. Les renseignements sur le requérant consignés dans le système d'inscription des clients ne faisaient l'objet d'aucune vérification de supervision en regard des renseignements fournis dans les formulaires de demande ou les documents à l'appui. Les personnes dont le nom a été entré dans le système sont automatiquement admissibles à une carte Santé. Étant donné qu'on ne conserve aucune copie des documents de citoyenneté à l'appui pour consultation ultérieure, les rapprochements et les vérifications par un superviseur réduiraient le risque de traiter des opérations non autorisées, d'accepter des documents inappropriés ou de consigner des renseignements erronés dans le système d'inscription.[46]

Le vérificateur a recommandé de rapprocher les demandes de carte Santé reçues et les opérations traitées et d'effectuer des vérifications de supervision aléatoires en comparant les données consignées dans le système aux renseignements contenus dans les demandes et les documents à l'appui.[47]

Audiences du Comité

Le Ministère passera un contrat avec un expert en sécurité pour que celui-ci examine son processus de demande et d'inscription lié à la carte Santé. L'expert recommandera des moyens d'atténuer les risques de fraude en faisant référence aux pratiques exemplaires de l'industrie et aux mesures de contrôle interne mises en œuvre par d'autres organismes gouvernementaux. Le Ministère tiendra compte des conseils et des recommandations figurant dans les rapports de l'expert et prendra les mesures qui s'imposent.[48] Le personnel du Ministère espérait que le travail ne prendrait pas plus de trois mois pour qu'il puisse recevoir un rapport d'ici juin 2007. Certaines activités d'examen interne avaient déjà commencé. Un projet ayant trait à l'accessibilité devait être terminé avant mars ou avril 2007.[49]

Recommandation du Comité

Le Comité recommande :

6. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte au Comité des progrès réalisés dans la mise en œuvre des

recommandations de l'expert contractuel en sécurité et du personnel du Ministère concernant le processus de demande et d'inscription pour la carte Santé.

Le Comité demande au Ministère de présenter une réponse écrite à cette recommandation au greffier du Comité dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

4.6 Inscription spéciale

Inscription des sans-abri

Dans bien des cas, les personnes sans abri ne possèdent pas les documents requis pour obtenir une carte Santé. Les organismes d'aide aux sans-abri aident ceux-ci à présenter une demande de carte Santé. La politique ministérielle exige de ces organismes qu'ils concluent avec le Ministère des ententes énonçant les rôles et responsabilités de chaque partie.

Au cours des visites aux bureaux de district, le personnel de vérification a constaté qu'il était possible d'améliorer les contrôles visant à garantir la légitimité des opérations. Les ententes réelles différaient de l'entente type élaborée par le Ministère. De plus, la signature des membres concernés de l'organisme n'était pas exigée ou l'exigence n'était pas appliquée.

Toute personne envoyée par un organisme est inscrite, qu'elle puisse fournir une preuve de citoyenneté ou non. Le Ministère compte sur les organismes pour s'occuper ensuite, avec les personnes en cause, d'obtenir et de soumettre les documents pertinents. Les bureaux de district ont indiqué qu'il arrivait rarement aux organismes de donner suite. Il était donc difficile pour le Ministère de savoir si les organismes avaient réussi à obtenir les documents requis.

Dans bien des cas, les employés des organismes ne connaissaient pas personnellement leurs clients. Depuis juillet 1995, environ 9 700 personnes sans abri avaient été inscrites sans les documents de citoyenneté requis. Le Ministère délivrait habituellement à ces personnes des cartes Santé à échéance d'un an. L'analyse des données indiquait que la carte Santé d'environ 690 de ces personnes avait été renouvelée sans que les documents pertinents aient été obtenus.[50]

Exemption des exigences de photo ou de signature

Certains demandeurs sont exemptés des exigences de photo ou de signature pour des raisons médicales, à condition que leur médecin fournisse un formulaire d'exemption signé. L'examen des formulaires recueillis par les bureaux de district a permis de constater que l'identité ou la légitimité du médecin n'était pas vérifiée en regard de la base de données de l'OMCO afin de valider ces exemptions.[51]

Le vérificateur a recommandé au Ministère de s'assurer que tous les organismes qui aident les personnes sans abri à obtenir une carte Santé ont des ententes valides avec le Ministère et obtiennent la preuve de l'admissibilité des requérants aux services de santé publics. Il lui a également recommandé de vérifier la

légitimité des fournisseurs qui signent les formulaires d'exemption de photo ou de signature.[52]

4.7 Protection des renseignements médicaux personnels

Les renseignements médicaux personnels sont conservés dans le système d'inscription des clients et la base de données sur l'historique des demandes de paiement pour soins médicaux (Medical Claims History Database). Le vérificateur a examiné les mesures de sécurité prises à l'égard des deux systèmes et conclu qu'il y avait plusieurs points à améliorer. L'accès au système et les profils de groupes d'utilisateurs (l'autorisation donnée aux membres d'un groupe d'utilisateurs d'accéder aux données, de les modifier ou de les supprimer) ne faisaient pas l'objet d'une surveillance adéquate. Le rapport de vérification faisait spécifiquement référence aux problèmes touchant le système d'inscription des clients, la base de données sur l'historique des demandes de paiement et le système de correction des demandes de paiement.[53]

Le vérificateur a recommandé au Ministère de veiller à ce que les approbations nécessaires soient obtenues avant d'établir ou de modifier les profils d'accès des groupes d'utilisateurs et d'obliger les bureaux de district à procéder à des examens périodiques visant à repérer les accès non justifiés au système. Il lui a également recommandé de renforcer l'efficacité du processus d'examen de la sécurité et des outils de surveillance, de mettre en œuvre des caractéristiques de sécurité plus rigoureuses pour contrôler l'accès au système de correction des demandes de paiement, et de réserver les fonctions d'administration de la sécurité au personnel compétent.[54]

Audiences du Comité

En juillet 2006, le Ministère a lancé le projet d'examen du contrôle de l'accès afin de passer en revue ses politiques et procédures de contrôle de l'accès et de formuler des recommandations visant à améliorer les exigences en matière de sécurité qui régissent l'accès du personnel à ses systèmes. Les responsables du projet étaient censés présenter des recommandations avant mars 2007. Ces recommandations porteront sur les améliorations et modifications à apporter pour respecter les recommandations du vérificateur et les exigences en matière de sécurité en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

Les données à haute sensibilité de l'Assurance-santé sont conservées dans des bases de données de l'ordinateur central d'un centre de données sécurisé. L'ordinateur central est doté de mécanismes de contrôle spécialisés et rigoureux qui limitent l'accès aux employés qui ont besoin d'accéder aux données ou aux applications particulières. Il n'est pas directement accessible à partir d'Internet afin de prévenir tout accès non autorisé.

L'information est transmise au Ministère sur des réseaux sécurisés, comme Systèmes intelligents pour la santé, qui offrent des services de chiffrement afin de rendre les flux de données inintelligibles. Les flux de données consistent en une

série de codes, comme les numéros de carte Santé, les codes de facturation et les dates, qui n'ont aucun sens pour la plupart des gens.

Des évaluations des menaces ou des risques, des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée, des tests de sécurité et des vérifications sont entreprises sur une base continue et une surveillance constante est assurée afin de garantir que l'information est protégée.[55]

5. Fournisseurs de soins de santé

5.1 Surveillance et contrôle des fournisseurs

Il incombe aux fournisseurs de s'assurer que les demandes de paiement qu'ils soumettent sont conformes à la *Loi sur l'assurance-santé* et à la liste des prestations, qui constitue un règlement en application de la *Loi sur l'assurance-santé*. Les demandes de paiement sont passées en revue par l'unité de surveillance et de contrôle. Cette unité renseigne les fournisseurs sur le processus et les pratiques de soumission des demandes de paiement et prend les mesures nécessaires pour obtenir le remboursement des trop-payés découlant d'erreurs dans les demandes de paiement soumises.

Les deux types de processus de surveillance des demandes de paiement sont l'examen préliminaire avant paiement et l'examen après paiement. Les demandes de paiement reçues font l'objet d'un examen préliminaire pour en vérifier la conformité aux règles s'appliquant aux actes médicaux qui ont été programmées dans le système de règlement des demandes de paiement pour soins médicaux. Ces règles ne sont pas suffisamment détaillées pour détecter toutes les demandes inappropriées. L'examen après paiement implique l'analyse des demandes de paiement réglées afin de déterminer si elles ont été soumises dans les règles et conformément à la liste des prestations. Les cas criminels potentiels sont transmis à la Police provinciale de l'Ontario aux fins d'enquête.[56]

Suspension du Comité d'étude de la médecine

Les examens après paiement peuvent donner lieu à différentes mesures, notamment la formation du praticien, le recouvrement direct des montants payés en règlement des demandes contenant des erreurs, la transmission des cas de fraude présumée à la Police provinciale de l'Ontario et, jusqu'à sa suspension en septembre 2004, la transmission des demandes de paiement douteuses au Comité d'étude de la médecine (le Comité). La structure et le processus de révision du Comité étaient semblables à ceux des comités analogues des autres provinces. Ses examens pouvaient avoir différents résultats. Entre 1999-2000 et 2002-2003, 90 cas ont été soumis au Comité et 4,9 millions de dollars ont été récupérés en moyenne chaque année.

En juin 2004, des plaintes de longue date ont amené le ministre à charger Peter Cory, juge retraité de la Cour suprême du Canada, d'étudier le processus de révision. Trois mois plus tard, le ministre a suspendu le Comité et créé le Comité provisoire de vérification des honoraires de médecins. Ce comité agirait comme

organe d'appel temporaire des résultats de vérifications menées avant la suspension ou des décisions prises après la suspension qui concernent le recouvrement des paiements effectués.

M. Cory a publié son rapport final en avril 2005. Ses 118 recommandations incluaient l'établissement d'un nouveau processus de vérification de la facturation des soins médicaux et une nouvelle commission de vérification des honoraires de médecins, indépendante du Ministère et des organismes de réglementation de la profession médicale. Les assises de la vérification devaient être claires, la méthode, transparente et le processus, équitable. Le Ministère s'est engagé à élaborer un plan de mise en œuvre des recommandations du rapport avant l'été 2005. Au moment de la vérification, un plan avait été soumis au Cabinet mais les modifications législatives se faisaient toujours attendre.

Au moment de la suspension du Comité, 110 cas étaient à l'étude. Le vérificateur croyait comprendre qu'aucun de ces cas ne serait rouvert après la mise en place du nouveau processus. En se fondant sur les taux de recouvrement enregistrés entre 1999-2000 et 2002-2003, le personnel de vérification a estimé à 13 millions de dollars en date de mars 2006 les pertes potentielles attribuables à la suspension du Comité.[57]

Le vérificateur a recommandé d'instaurer un processus de vérification efficace dans les meilleurs délais.[58]

Audiences du Comité

Les modifications à apporter pour réviser le processus de vérification médicale sont décrites dans le projet de loi 171, *Loi sur l'amélioration du système de santé*, déposé par le ministre le 12 décembre 2006. Si ce projet de loi est adopté, le nouveau système de vérification médicale comportera quatre étapes : la formation, la vérification des paiements, la vérification par une nouvelle commission, et un processus d'appel.[59] Des activités de formation sont déjà en cours. Elles comprennent une formation individualisée sur la facturation médicale et une formation continue dispensée par le Ministère et l'OMA sur les modalités à suivre pour facturer l'Assurance-santé.[60]

L'ancien système avait été jugé injuste envers les médecins. Le système proposé est conforme à la plupart des recommandations du juge Cory, sauf qu'il n'y a pas de nouvelles procédures quasi-judiciaires ou de révision. On s'emploiera à accroître les contacts directs avec les médecins afin de leur expliquer les procédures et de régler les divergences. Des efforts seront faits pour s'assurer que le Ministère signale les demandes de paiement qui le préoccupent dans des délais raisonnables. En cas de désaccord, l'affaire serait soumise à la commission de révision.[61]

Lorsqu'on leur a demandé si la meilleure façon d'utiliser les ressources était de s'attaquer à l'utilisation frauduleuse des cartes Santé ou aux erreurs dans les factures des fournisseurs de services, les représentants du Ministère ont répondu qu'il fallait faire face aux deux problèmes. Ils estimaient toutefois, à la lumière du

rapport du vérificateur et du nouveau processus de vérification médicale proposé par le projet de loi 171, que la fraude devrait être le point de mire à court terme. Compte tenu des rapports tels que ceux du vérificateur et des résultats des analyses de risques, les priorités immédiates pourraient changer d'une année à l'autre.[62]

Recommandation du Comité

Le Comité recommande :

7. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte du nombre de cas à l'étude au moment de la suspension du Comité d'étude de la médecine et des montants correspondants en dollars et confirme que ces cas ne seront pas assujettis au nouveau processus de révision.

Le Comité demande au Ministère de présenter une réponse écrite à cette recommandation au greffier du Comité dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

5.2 Inscription des fournisseurs

L'Ontario compte environ 28 000 fournisseurs de soins de santé. Pour pouvoir soumettre des demandes de paiement au titre des services de santé assurés, tous les fournisseurs doivent s'inscrire auprès du Ministère et obtenir un numéro de facturation. Ils doivent aussi avoir une adresse de cabinet en Ontario et être titulaires d'un permis d'exercice en règle auprès de leur ordre professionnel. Les bureaux de district reçoivent et traitent les formulaires d'inscription et les documents à l'appui. Le vérificateur a constaté que les dossiers des fournisseurs étaient souvent incomplets.[63]

5.3 Mises à jour des renseignements des fournisseurs

Les renseignements sur les fournisseurs sont conservés dans le système d'inscription des fournisseurs, et des mises à jour périodiques sont envoyées par les ordres professionnels. L'OMCO, par exemple, envoie des courriels hebdomadaires contenant la liste des nouveaux médecins et de ceux dont le permis d'exercice est échu ou a été résilié. Le vérificateur a toutefois constaté que seuls les permis échus à la suite d'une suspension étaient inclus. Le personnel de vérification a demandé et obtenu auprès de l'OMCO la liste de tous les médecins actifs en février 2006. En la comparant aux dossiers du Ministère, il a repéré 725 médecins non titulaires d'un permis d'exercice qui figuraient encore comme médecins actifs dans la base de données du Ministère. Les détails pertinents ont été communiqués au Ministère, qui a promis d'assurer un suivi.

Des avis ont été envoyés au Ministère pour qu'il mette à jour le statut d'autres praticiens. Le personnel de vérification a demandé et obtenu la liste des dentistes et des optométristes actifs en février 2006 auprès de leurs ordres respectifs. Il a conclu que la mise à jour de ces renseignements laissait elle aussi à désirer.

Le vérificateur a recommandé au Ministère de travailler de plus près avec les ordres professionnels concernés pour s'assurer que les renseignements sur les fournisseurs sont mis à jour en temps opportun.[64]

Audiences du Comité

Seulement 40 des 725 médecins non titulaires d'un permis d'exercice identifiés par le vérificateur ont soumis des demandes de paiement pour services rendus après l'expiration de leur permis. Le montant total payé s'élevait à environ 81 000 $. Tous les paiements excédentaires ont été attribués à des erreurs administratives plutôt qu'à des tentatives de fraude.

Un total de 514 $ a été payé à trois médecins qui, d'après les dossiers de l'OMCO, étaient décédés. Dans deux des cas, les demandes de paiement avaient été soumises à quelques jours du décès et l'on a jugé qu'une erreur avait été commise au moment d'inscrire la date du service au patient. L'autre cas a été attribué à une erreur dans la demande de paiement soumise.

Dans le cas du médecin qui avait enfreint les conditions de son permis et qui avait été payé pour les services rendus à 300 patients, l'OMCO lui a annoncé en janvier 2003 que son permis avait été révoqué rétroactivement au 1er mai 2002. Dans l'intervalle, le médecin avait traité des patients en juin 2002 et facturé environ 8 000 $ à l'Assurance-santé. Au moment du paiement, il était titulaire d'un permis valide de l'OMCO et autorisé à facturer l'Assurance-santé.

Le Ministère a eu des discussions avec l'OMCO afin d'améliorer la communication des données à compter du début septembre 2006. L'information est reçue une fois par semaine et mise à jour dans la base de données ministérielle sur les fournisseurs dans les trois jours ouvrables qui suivent. Les données incluent toutes les catégories de médecins inactifs. (Les catégories telles que les permis expirés pour cause de décès ou de retraite n'étaient pas incluses avant l'amélioration.) Les renseignements sur l'état des permis d'exercice des médecins identifiés par le vérificateur ont été mis à jour en juillet 2006.

Le Ministère s'emploie avec les ordres professionnels à créer des données de référence contenant une liste de praticiens titulaires d'un permis afin de faciliter la transmission des données électroniques dans l'avenir. (Les autres praticiens qui peuvent facturer l'Assurance-santé se limitent aux optométristes, à certains podiatres et aux cliniques de physiothérapie désignées. Des renseignements sur la facturation sont également maintenus pour les catégories telles que les infirmières praticiennes ou infirmiers praticiens qui peuvent aiguiller des patients vers des fournisseurs de services.) Entre-temps, les renseignements sur les praticiens sont tenus à jour grâce à des communications régulières avec les ordres professionnels.[65]

5.4 Protection des renseignements des fournisseurs

Le vérificateur a examiné les procédures d'administration de la sécurité du système d'inscription des fournisseurs et conclu qu'il fallait améliorer la sécurité à

plusieurs égards (p. ex. il manquait des documents d'approbation pour l'accès au système, et des profils de groupes d'utilisateurs avaient été créés sans les approbations nécessaires).

Le vérificateur a recommandé de documenter les profils de groupes d'utilisateurs de façon appropriée et de maintenir toutes les approbations d'accès au système pour s'assurer que les droits d'accès sont réservés aux personnes qui ont besoin de savoir. Il a également recommandé d'exiger l'examen régulier des privilèges d'accès au système d'inscription des fournisseurs de façon à maintenir uniquement les privilèges nécessaires.[66]

Dans sa réponse initiale, le Ministère a indiqué qu'un projet avait été lancé en juillet 2006 afin de passer en revue ses politiques et procédures de contrôle de l'accès et de formuler des recommandations visant à améliorer les exigences en matière de sécurité qui régissent l'accès du personnel à ses systèmes. Un système qui recueille toutes les données d'autorisation pour l'accès à la base de données sur les fournisseurs du Ministère a été mis en œuvre en juin 2006. Ce système produit des rapports trimestriels qui permettent d'apporter les mises à jour appropriées, notamment en confirmant l'admissibilité continue des profils autorisés.[67]

État de la mise en œuvre par le Ministère – janvier 2007

La nouvelle base de données a produit son premier rapport, qui couvre la période terminée le 30 novembre 2006. Elle continuera de produire des rapports trimestriels.[68]

6. Traitement des demandes de paiement pour soins médicaux

Les demandes de paiement soumises par les fournisseurs sont examinées pour vérifier l'admissibilité du fournisseur et du patient et évaluées en regard des règles établies pour garantir que les paiements sont effectués uniquement pour des services de santé autorisés. Le traitement des demandes de paiement se faisait correctement dans la plupart des cas, mais le vérificateur était néanmoins préoccupé par les points exposés ci-après.

6.1 Mises à jour des règles s'appliquant aux actes médicaux

Lorsque la liste des prestations est modifiée, des changements doivent être apportés au système avant la date de prise d'effet pour garantir le traitement approprié des demandes et leur paiement en bonne et due forme. Le vérificateur a constaté que la mise à jour des règles s'appliquant aux actes médicaux n'était pas toujours faite avec exactitude et rapidité. Les changements requis pour se conformer à la dernière version des règles avaient été apportés à seulement 22 règles sur 68 avant la date de prise d'effet en octobre 2005. Il a fallu attendre à mars 2006 pour que le reste soit mis à jour. Il restait plus de 20 règles à corriger au moment de la vérification.

Le vérificateur a recommandé au Ministère de mettre en œuvre toutes les nouvelles règles s'appliquant aux actes médicaux et d'apporter toutes les corrections en temps opportun.[69]

Dans sa réponse initiale au rapport du vérificateur et à sa recommandation sous la rubrique « Traitement des demandes de paiement pour soins médicaux », le Ministère a indiqué que la plus récente entente sur les services de médecins était très complexe et qu'elle avait mis à rude épreuve l'architecture vieillissante du système de traitement des demandes de paiement. Un examen était prévu pour 2007-2008 afin de trouver des moyens d'accroître l'efficacité du traitement des demandes. Les négociateurs des futures ententes veilleraient à ce qu'il y ait une capacité technique suffisante pour appuyer la mise en œuvre des éléments négociés de l'entente.[70]

6.2 Demandes de paiement rejetées

En 2005-2006, plus de 9,5 millions de demandes ont été rejetées au départ. Les demandes rejetées dans le cadre de l'examen automatisé fondé sur les règles sont soumises à l'examen des bureaux de district. Elles peuvent alors être payées si le personnel estime que le service était légitime ou médicalement nécessaire, ou elles peuvent être retournées aux fournisseurs pour qu'ils y apportent des corrections et les présentent de nouveau. Le Bureau du vérificateur se disait préoccupé depuis 1993 par le processus employé au Ministère pour autoriser le paiement des demandes rejetées. Le personnel de vérification a constaté qu'il n'y avait ni lignes directrices, ni normes, ni procédures adéquates pour aider le personnel des bureaux de district à prendre des décisions lorsqu'il évalue les demandes rejetées. Les bureaux de district ne documentaient pas suffisamment leurs décisions d'autoriser le paiement des demandes rejetées. Certaines de ces décisions ont été examinées avec le personnel du Ministère, qui a confirmé que 10 % d'entre elles étaient erronées. Il n'y avait pas d'examen de gestion régulier des dérogations pour garantir que les décisions prises par le personnel étaient cohérentes et pertinentes.[71]

Le vérificateur a recommandé au Ministère d'élaborer des lignes directrices et des procédures pour aider le personnel des bureaux de district à prendre des décisions cohérentes et pertinentes en ce qui concerne le règlement des demandes rejetées, et d'examiner régulièrement un échantillon de dérogations pour garantir leur cohérence ainsi que leur conformité aux lignes directrices.[72]

État de la mise en œuvre par le Ministère – janvier 2007

Les responsables du projet d'examen du contrôle de l'accès étudieront la recommandation du vérificateur. Ils devraient présenter leur rapport en mars 2007.[73]

Audiences du Comité

Le Comité a demandé au personnel du Ministère si des changements avaient été apportés afin de préciser dans quelles circonstances une disposition de dérogation entrerait en vigueur. Il est parfois dérogé au rejet initial de la demande de

paiement parce que les changements requis n'ont pas été apportés au système. Les changements sont apportés par ordre de priorité, et la nécessité des dérogations diminue au fur et à mesure des progrès réalisés dans la mise en œuvre des changements. Les responsables du projet d'examen du contrôle de l'accès sont en train d'examiner ces processus, les conditions justifiant une dérogation continue et le type de surveillance nécessaire.[74]

Recommandation du Comité

Le Comité recommande :

> **8. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte des mesures prévues afin d'améliorer le processus de révision des demandes de paiement rejetées conformément aux recommandations des responsables du projet d'examen du contrôle de l'accès.**
>
> **Le Comité demande au Ministère de présenter une réponse écrite à cette recommandation au greffier du Comité dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.**

6.3 Traitement des demandes sur papier

Environ 750 000 demandes de paiement sont soumises sur papier et saisies manuellement dans le système chaque année. Le personnel de vérification a relevé des lacunes dans les mesures prises pour garantir que ces demandes avaient été autorisées (p. ex. les contrôles de l'accès au système de saisie des données laissaient à désirer, et il n'y avait ni suivi, ni examen, ni rapprochement).

Le vérificateur a recommandé d'établir des procédures de rapprochement du nombre et des montants des demandes sur papier, et de renforcer les contrôles de sécurité du système de saisie des données des demandes sur papier afin de garantir que l'accès au système est limité comme il se doit.[75]

État de la mise en œuvre par le Ministère – janvier 2007

Les responsables du projet d'examen du contrôle de l'accès étudieront la recommandation du vérificateur. Ils devraient présenter leur rapport en mars 2007.[76]

NOTES

[1] Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006* (Toronto, le Bureau, 2006), p. 180-181.
[2] Ibid., p. 181-183.
[3] Ibid., p. 179-180.
[4] Les cartes blanc et rouge ont été introduites après l'élimination des primes versées en vertu de l'Assurance-santé. Voir Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats (Hansard)*, 2e session, 38e législature (12 février 2007), P-214.
[5] Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 183-184.
[6] Ibid., p. 184.
[7] Ibid., p. 185.
[8] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-212.
[9] Ibid., p. P-229.
[10] Ibid., p. P-211 et P-222 - P-223. Le Ministère compte également 180 centres de liaison qui servent les petites collectivités à heures fixes. Voir ibid., p. P-211.
[11] Ibid., p. P-208 et P-213.
[12] Ibid., p. P-208.
[13] Ibid., p. P-210 et P-211.
[14] Ibid., p. P-208 et P-213.
[15] Ibid., p. P219 – P220.
[16] Ibid., p. P-216.
[17] Ibid., p. P-212 – P-215.
[18] Ibid., p. P-212.
[19] Ibid., p. P-211 et P-217.
[20] Ibid., p. P-216 et P-217.
[21] Ontario, ministère des Transports, « Le gouvernement McGuinty met en place un nouveau permis de conduire », *Canada NewsWire*, 9 mars 2007.
[22] Lettre du sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario au président du Comité permanent des comptes publics, 15 mars 2007, p. 4.
[23] Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 185-187.
[24] Ibid., p. 187.
[25] Ibid., p. 187-188.
[26] Ibid., p. 188.
[27] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209 et P-222.
[28] Ibid., p. P-221.
[29] Ibid., p. P-220.
[30] Ibid., p. P-215.
[31] Ibid., p. P-222.
[32] Lettre du sous-ministre au président du Comité permanent des comptes publics, p. 1-2.
[33] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-221.
[34] Lettre du sous-ministre au président du Comité permanent des comptes publics, p. 2-3.
[35] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-220.
[36] Ibid., p. P-220.
[37] Ibid., p. P-218 et P-224.
[38] Lettre du sous-ministre au président du Comité permanent des comptes publics, p. 3.
[39] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209 et P-221.
[40] Ibid., p. P-224.
[41] Ibid., p. P-224.
[42] Lettre du sous-ministre au président du Comité permanent des comptes publics, p. 3.
[43] Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 188-190.
[44] Ibid., p. 191.
[45] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209 et P-219.
[46] Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 190.
[47] Ibid., p. 191.
[48] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209.
[49] Ibid., p. P-222.

[50] Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 190-191.
[51] Ibid., p. 191.
[52] Ibid.
[53] Ibid., p. 191-192.
[54] Ibid., p. 192.
[55] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209.
[56] Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 192-194.
[57] Ibid., p. 193-194.
[58] Ibid., p. 194.
[59] L'annexe G du projet de loi 171 prévoit la création de la Commission de révision des paiements effectués aux médecins, du Comité mixte de la liste des prestations et du Comité de paiement des services de médecin.
[60] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209 – P-210 et P-218.
[61] Ibid., p. P-225 – P-226.
[62] Ibid., p. P-227.
[63] Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 194-195.
[64] Ibid., p. 195-196.
[65] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-210 et P-226.
[66] Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 196.
[67] Ibid., p. 198.
[68] Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Réponse au Rapport annuel 2006 du BVGO, Section 3.08 – Régime d'assurance-santé de l'Ontario », 12 février 2007, p. 10.
[69] Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 196-197.
[70] Ibid., p. 199.
[71] Ibid., p. 197.
[72] Ibid.
[73] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Réponse au Rapport annuel 2006 du BVGO », p. 10-11.
[74] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-222.
[75] Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 197.
[76] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Réponse au Rapport annuel 2006 du BVGO », p. 10-11.